



STERBEN IN WÜRDE

Patientenverfügung - Sterbehilfe - Sterbebegleitung

Inhaltsverzeichnis

Sterben in Würde – Einführung	7
A. Patientenverfügung	13
Vorbemerkung	13
I. Ethische Bewertung	15
II. Materiale ethische Fragen zum Instrument der Patientenverfügung als solchem	16
III. Offene Fragen zu einzelnen Fallkonstellationen	20
IV. Rechtslage und rechtspolitische Diskussion zur Patientenverfügung	22
V. Ärztliche Beratung	30
B. Sterbehilfe	31
I. Definition	31
II. Medizinische Rahmenbedingungen	33
III. Rechtslage und rechtspolitische Diskussion zur Sterbehilfe. . . .	35
IV. Internationale Lage zur Sterbehilfe	42
V. Ethische Bewertung	44
C. Sterbebegleitung	51
I. Medizinisch-therapeutische Aspekte	51
II. Seelsorgliche Begleitung im Sterben	53
III. Soziale Begleitung im Sterben.	58
IV. Palliativmedizin und Hospizarbeit	59

D.	Empfehlungen zur Patientenverfügung	63
I.	Regelungsbedarf	63
II.	Wirksamkeit, Form	63
III.	Bestimmung der Reichweite, Verbindlichkeit	64
IV.	Verfahrensweise, gerichtliche Kontrolle	65
V.	Fehlen einer wirksamen Patientenverfügung	67
VI.	Auswirkungen auf Menschen mit geistiger Behinderung	68
	Minderheitenvoten	70
E.	Empfehlungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung	74
I.	Zur Gesundheits- und Sozialpolitik	74
II.	Zur strafrechtlichen Behandlung der Sterbehilfe	75
III.	Zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben	76
F.	Anhang	78
	Fußnoten	78
	Musterformular einer Patientenverfügung	80
	Aufgaben und Ziele der Bioethik-Kommission Bayern	90
	Mitglieder der Bioethik-Kommission Bayern	91
	Impressum	95

Sterben in Würde

Einführung

Der Umgang mit Sterben und Tod ist seit einigen Jahren Gegenstand intensiver Debatten, die über den Kreis der Fachleute hinaus eine breite Öffentlichkeit beschäftigen. Im Kern der Debatten geht es um die Ausgestaltung des Schutzes menschlichen Lebens an seinem Ende durch das Recht und um die Frage, welche menschlichen, zeitlichen und materiellen Ressourcen die Gesellschaft für die Begleitung Sterbender bereitstellen will.

In diesen Auseinandersetzungen fließen ganz unterschiedliche Motive zusammen. Als wichtigste sind zu nennen:

- die Befürchtung vieler Menschen, bei schwerer Krankheit, in hohem Alter oder nach einem Unfall eine intensivmedizinische Behandlung zu erfahren, die den Prozess des Sterbens unnötig verlängert;
- die Angst vor einem langen qualvollen Leiden;
- die Furcht vor dem Alleingelassenwerden, besonders im Alter;
- der gestiegene Wunsch nach Selbstbestimmung, der heute vielfach auch für die Situationen geltend gemacht wird, in denen sich eine Person aufgrund von Krankheit oder Alter als schwach erfährt; diesem Wunsch korrespondiert vielfach auch eine ausgeprägte Angst, in derartigen Situationen anderen zur Last zu fallen und von anderen abhängig zu sein;
- die Sorge, dass sich die Situation der Sterbenden unter den Bedingungen zunehmender Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen durch Rationierungen verschlechtern könnte.

Eine erhöhte Aufmerksamkeit für die Thematik Umgang mit Sterben, Sterbenden und Krankheit am Lebensende kann aus mehreren Beobachtungen erschlossen werden. Dazu gehört das große Interesse der Medienberichterstattung an einzelnen Fällen gewährter, gewünschter oder verweigerter Sterbehilfe, die unter Ausschöpfung aller juristischen Mittel vor nationale oder internationale Gerichte gebracht werden. Dabei gehört es zur Eigenart des medialen Interesses, dass es nicht kontinuierlichen Problemstellungen bzw. nachhaltigen Postulaten gilt, sondern sich an extremen Einzelfällen entzündet und dann innerhalb kürzester Zeit wieder erlischt.

Die erhöhte Aufmerksamkeit zeigt sich auch in den staatlichen und kirchlichen Bemühungen, die palliative und hospizliche Versorgung zu fördern und auszubauen.

Eine andere Beobachtung ist das Entstehen freier Initiativen und Organisationen, die versuchen, einen alternativen Umgang mit Sterben und Sterbenden zu praktizieren, und durch Modellprojekte zu breiterer Nachahmung motivieren möchten. Hier sind insbesondere die zahlreichen Hospizvereine zu nennen.

Gleichsam auf der anderen Seite des Spektrums sind die Aktivitäten der Gesellschaften angesiedelt, die sich zum Ziel gesetzt haben, das Sterben nach eigenem Wunsch auch gegen historisch gewachsene kulturelle Tabus und geltende strafrechtliche Standards möglich zu machen.

Am deutlichsten greifbar ist die neue Aufmerksamkeit für die Sterbehilfe aber in den Bemühungen um eine gesetzliche Neuregelung, wie sie in den Niederlanden 2001 und in Belgien 2002 stattgefunden hat. In einer Reihe weiterer Länder – darunter auch Deutschland – sind diese Bemühungen diskutiert worden, haben allerdings nicht zu einer gesetzlichen Neuregelung geführt. Speziell in Deutschland dürfte das auch mit dem Umstand zu tun haben, dass die diesbezügliche öffentliche Debatte stark durch die Erinnerung an die Verbrechen der NS-Zeit (Euthanasie-Programm: „Aktion T4“) geprägt ist.

Gleichwohl ist auch hierzulande die Thematik des Umgangs mit Sterben und Sterbenden ein Gegenstand öffentlicher Erörterungen und Initiativen geworden. Das zeigt sich nicht nur in der gründlichen Überarbeitung und Neufassung der „Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung“, die die Bundesärztekammer im Jahr 2004 auf der Basis des geltenden Rechts und der es weiterentwickelnden Rechtssprechung nach intensiver öffentlicher Diskussion vorgelegt hat, sondern auch an der Initiative des 14. Deutschen Bundestags, eine Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ einzurichten; diese hat am 28. Juni 2005 dem Bundestagspräsidenten einen „Zwischenbericht zu Palliativmedizin und Hospizarbeit“ übergeben. Außerdem hat sich der Nationale Ethikrat mehrfach mit der Thematik des Sterbens und der Sterbehilfe befasst. Auch hat bereits 2004 die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz einen ausführlichen Bericht „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ vorgelegt. Darüber hinaus hat es aus dem Raum der großen christlichen Kirchen eine Reihe von Stellungnahmen zum gesamten Problemfeld wie auch zu einzelnen Fragen gegeben.

Einen Teil ihrer Dringlichkeit bezieht die Diskussion aus den unübersehbaren demografischen Veränderungen und aus der Beobachtung, dass familiäre und religiöse Traditionen für den Umgang mit Sterben und Tod in ihrer Verbindlichkeit abnehmen.

Die sachlichen Gründe für derartige Bemühungen liegen auf der Hand: Es sind die veränderten Bedingungen, unter denen das Sterben heute vielfach geschieht. Dazu gehören erstens das Ansteigen der Zahl von unvermeidlichen Entscheidungen und die Neuartigkeit vieler Fälle, die aufgrund der erweiterten medizinischen Möglichkeiten in Intensivmedizin, Onkologie, Neonatologie und

vielen anderen Bereichen entstehen. Eine zweite Veränderung betrifft den Ort und die Kontexte, in denen Menschen heute sterben. In mehr als der Hälfte aller Fälle, in Ballungsräumen sogar in deren überwiegender Zahl, findet das Sterben nicht mehr im vertrauten lokalen und sozialen Umfeld statt, sondern im Krankenhaus, im Senioren- und im Pflegeheim. Diese „Verlagerung“ des Sterbens in Einrichtungen, die meist Folge des erhöhten und komplizierten Versorgungsaufwands, aber auch veränderter Wohnverhältnisse und Familienstrukturen ist, verändert indirekt auch diesbezüglich die Möglichkeit der Erfahrung und die Einstellung größerer Teile der Bevölkerung, vor allem der jüngeren Generationen. Weil Sterben und Tod im gewohnten Lebensalltag kaum noch vorkommen, werden sie für viele Menschen zu etwas Fremdem und Unvertrautem, um das man zwar weiß, aber mit dem man nicht dauernd rechnet und mit dem man, wenn es dann doch geschieht, nicht umgehen kann. Ein dritter Grund ist der größer gewordene Wunsch vieler – gerade angesichts der erweiterten Möglichkeiten der Medizin trotz einer tödlichen Erkrankung einzelne Körperfunktionen aufrechtzuerhalten – bei aller Entwicklung zur Institutionalisierung des Sterbens ihr persönliches Recht auf Selbstbestimmung auch im Leiden und im Sterben geltend zu machen. Da die Selbstverständlichkeit des familiären Zusammenhalts in Lebenskrisen schwindet, gewinnt bei vielen Menschen die Sorge, nahe stehenden Personen durch einen langen Leidens- und Sterbeprozess zur Last zu fallen, an Bedeutung.

Ethisch und standesethisch berühren diese drei Veränderungen das Verhältnis zwischen der Pflicht zur (ärztlichen bzw. pflegerischen) Fürsorge für das bedrohte oder eingeschränkte Leben und dem Anspruch auf individuelle Selbstbestimmung. In juristischer Perspektive geht es um den Verlauf der Grenzen zwischen der Aufgabe des Staats, den Lebensschutz in der Gesellschaft, der ja insbesondere den Schutz kranker, behinderter, alter und dementer Menschen beinhaltet, zu garantieren und dem Recht des Individuums, sich selbst zu bestimmen und darin sozial geachtet zu werden.

Der Handlungs- und Regelungsbedarf in diesem spannungsvollen Feld wird häufig mit Hilfe der Formel „Sterben in Würde“ bzw. „menschenswürdig sterben“ benannt und eingefordert. Was in diesem Zusammenhang mit Wahrung der Würde gemeint ist, ist allerdings wenig eindeutig. Wie unter anderem die Auseinandersetzung um die Beschwerde der Engländerin Diane Pretty vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte im Jahr 2001 gezeigt hat¹ steht „würdig sterben“ für viele gleichbedeutend mit „selbstbestimmt sterben“. Gegenüber diesem auf Selbstkontrolle und äußere Ansehnlichkeit abhebenden Verständnis kann kritisch die Frage gestellt werden, ob der auf Kant zurückgehende und im deutschen Grundgesetz aufgenommene Begriff der Menschenwürde nicht eine weiterreichende Bedeutung hat, die auf die Selbstwertigkeit

und den Achtungsanspruch einer Person auch und besonders dann abhebt, wenn sich diese in einer Situation konstitutioneller Schwäche oder sozialer Durchsetzungsunfähigkeit befindet. Dann aber heißt Wahrung der Würde im Sterben mehr als Besitz der Selbstkontrolle; vielmehr meint es Achtung der Würde der Person des Sterbenden. Diese konkretisiert sich hinsichtlich des Sterbens in der Anstrengung, Schmerzen und Leiden wirksam zu lindern, in der Gewährleistung bestmöglicher Lebensqualität, im Respekt vor dem Patienten und seinem Willen, im Bemühen, ihn in seiner Not nicht allein zu lassen, und auch im Verzicht auf sinnlose medizinische Aktivitäten.

Auf die Frage, wie das so verstandene Recht auf ein Sterben in Würde von Patientinnen und Patienten gestärkt werden kann bzw. muss, werden in der aktuellen Diskussion vor allem vier Vorschläge gemacht, nämlich

- die Stärkung der Möglichkeiten, durch das Rechtsinstitut Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht Vorsorge dafür zu treffen, dass das Selbstbestimmungsrecht auch im Zustand der Entscheidungsunfähigkeit zum Zuge kommen kann;
- ein gezielter Einsatz therapeutischer Maßnahmen am Lebensende;
- die Lockerung des Verbots der Tötung auf Verlangen oder die Erleichterung der Möglichkeiten des assistierten Suizids;
- der umfassende und vernetzte Ausbau der palliativen und hospizlichen Versorgung.

Über den medizinischen, medizinethischen und strafrechtlichen Problemen, die hierbei zu klären sind, sollten nicht die Versuche im gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und pädagogischen Bereich übersehen werden, Tendenzen zum systematischen Unsichtbarwerden der Realität von Verletzlichkeit, Sterben, Tod und Endlichkeit des Menschen – oft beklagt als „Verdrängung des Todes“ oder als „Tabuisierung des Leids“ – kritisch entgegenzuwirken und im allgemeinen Bewusstsein zu halten, dass das Sterben ein Teil des Lebens ist.

Zu den Vorschlägen einer gesetzlichen Regelung dafür, unter welchen Bedingungen ein Patient den behandelnden Arzt mittels einer Vorausverfügung dazu verpflichten kann, seine für eine bestimmte Situation antizipierte Willenserklärung auch zu befolgen, hat sich die Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung zunächst am 19. Mai 2006 in einer eigenen Stellungnahme geäußert. Die Kommission war allerdings schon damals der Auffassung, dass die Fragen zur Patientenverfügung in engem Zusammenhang mit der Problematik der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Palliativmedizin gesehen werden müssen. Deshalb wurde jetzt der Text der Stellungnahme vom 19. Mai 2006 mit dem Text der zweiten Stellungnahme vom 14. Spetember 2007, die sich mit den

Arten der Sterbehilfe sowie mit Sterbebegleitung und Palliativmedizin befasst, zu einem einzigem Dokument „Sterben in Würde“ zusammengefügt, das hiermit vorgelegt wird. Der sachliche Grund für diese Zusammenfügung liegt in dem Umstand, dass auch in der aktuellen Diskussion über die Arten der Sterbehilfe und bei den Bemühungen um eine verbesserte Sterbebegleitung und Palliativmedizin das Anliegen eine zentrale Rolle spielt, den todkranken bzw. sterbenden Patienten noch Autonomie zu ermöglichen.

A. Patientenverfügung

Vorbemerkung

Die aktuelle rechtspolitische Debatte über Patientenverfügungen hat ihren Ausgangspunkt in einigen gerichtlichen Entscheidungen, die auf Betroffene, Angehörige, mit der Betreuung Beauftragte, Pflegende und Ärzte, ja sogar auch auf mit diesen Fragen befasste juristische Fachleute einen unklaren, teilweise sogar widersprüchlichen Eindruck machen. Die Rechtslage und die Aufforderung des Bundesgerichtshofes in seinem Urteil vom 17. März 2003, Verbindlichkeit und Reichweite von Patientenverfügungen gesetzlich zu regeln, waren der Grund dafür, dass die Bundesministerin der Justiz im Herbst 2003 eine interdisziplinäre Expertengruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ eingesetzt hat. Diese hatte den Auftrag, die Frage der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen zu erörtern, Eckpunkte für die Abfassung von Patientenverfügungen zu erarbeiten und zu prüfen, inwieweit Gesetzesänderungen in diesem Bereich erforderlich sind. Die Vorschläge dieser, nach ihrem Vorsitzenden benannten Kutzer-Kommission aus dem Jahr 2004² waren Grundlage eines (inzwischen zurückgezogenen) Referentenentwurfs des Bundesjustizministeriums für ein Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts³, der die Patientenverfügung als eigenes Rechtsinstitut in das Bürgerliche Recht einführen wollte. Nur wenige Monate zuvor hatte die Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz einen umfangreichen Bericht über ihre Beratungen zu „Sterbehilfe und Sterbebegleitung“ vorgelegt⁴.

Die Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags hat in einem Zwischenbericht vom September 2004 zur Gesamtproblematik wie zu den Vorschlägen der Kutzer-Kommission Stellung bezogen⁵. Auch dieser Zwischenbericht setzt sich für eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung ein, tritt aber im Gegensatz zu den Vorschlägen der Kutzer-Kommission für Begrenzungen ein, die bestimmte Verfügungsmöglichkeiten ausschließen sollen. Der Bericht wurde am 10. März 2005 im Deutschen Bundestag ausgiebig debattiert⁶. Schließlich hat während der laufenden Beratungen der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung der Nationale Ethikrat am 2. Juni 2005 eine Stellungnahme mit dem programmatischen Titel „Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung“ abgegeben⁷. Aus strafrechtlicher Sicht äußert sich der von einer Gruppe von Strafrechtslehrern („Alternativ-Professoren“) im Jahr 2005 vorgelegte Alternativentwurf „Sterbebegleitung“⁸.

Mit dem Stichwort „Patientenverfügung“ verbinden sich vielfältige Erwartungen: Für eine wachsende Zahl von Menschen ist es Inbegriff der Chance, die

Situation, in der sie eines Tages nicht mehr selbst entscheiden können, mitzugestalten und sich darauf verlassen zu dürfen, dass Ärzte und medizinisches Personal dann in ihrem Sinne und zu ihrem Wohl entscheiden werden. Auch viele Ärzte unterstützen die Idee der Patientenverfügung. Denn sie versprechen sich eine Erleichterung der Entscheidungen vor allem bei schwerster Krankheit und am Lebensende, wenn sie bei den schwierigen Behandlungsentscheidungen auf konkrete Informationen über das, was ein Patient in gesundem Zustand an Wünschen, Wertorientierungen, Hoffnungen und Ängsten geäußert hat, Bezug nehmen können. Ähnlich wie sie sich erhoffen, dass sie die Last der auftretenden Probleme und damit der gesamten Verantwortung nicht allein tragen müssen, könnte das Vorhandensein einer derartigen Willenserklärung auch für die Begleitung der Patienten förderlich sein. Denn Angehörige und Pflegende, die in einer besonderen Beziehung zum Patienten stehen, hätten dann deutliche Anhaltspunkte dafür, was der Schwerkranke bzw. Sterbende für sich selbst gewünscht hat. Das könnte auch die Wahrnehmung der eigenen Ohnmacht erträglicher machen.

Eine rechtliche Regelung der Patientenverfügung muss also unterschiedlichen Erwartungen gerecht werden, auch wenn das notwendige Vertrauen der Beteiligten untereinander nicht durch Gesetz erzwungen werden kann. Gleichwohl hat eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen, wie sie in jüngerer Zeit in einigen europäischen Ländern schon besteht und auch auf europäischer Ebene seit Jahren Gegenstand von Diskussionen ist, den Vorteil, dass sie Rechtssicherheit für alle Beteiligten angesichts der erheblich erweiterten Möglichkeiten medizinischen Eingreifens bewirkt. Insbesondere kann auf diese Weise der Patient davor geschützt werden, dass das Ende schwersten Leidens und Sterbens gegen seinen Willen hinausgezögert wird, und Ärzte und Pflegekräfte davor, eines Gesetzesverstößes beschuldigt zu werden, wenn sie nicht alle lebenserhaltenden Maßnahmen, die möglich sind, ausschöpfen. Zu den Gegenständen, die in einer Patientenverfügung geregelt werden könnten, gehört nicht nur die Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung oder bestimmten lebensverlängernden Maßnahmen, sondern auch die Zustimmung oder Verweigerung eines Klinikaufenthaltes und die Wahl einer unter mehreren möglichen Behandlungsmethoden. Welche der mit den einzelnen Behandlungsmethoden verbundenen Belastungen oder Risiken jeweils zugemutet werden können, vermag nur unter Berücksichtigung des individuellen Patientenwillens herausgefunden zu werden.

Außer dem Ziel größerer Rechtssicherheit hat eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung vermutlich auch den Effekt, dass sie in der Gesellschaft die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eigener schwerer Krankheit und dem eigenen Sterben sowie das Bewusstsein von der eigenen Mitverantwortung für wichtige Entscheidungen in der letzten Lebensphase fördert.

I. Ethische Bewertung

Als Patientenverfügung wird eine Willensbekundung bezeichnet, mit der jemand im Voraus und unabhängig von einer konkreten Behandlungssituation gegenüber Ärzten und Pflegekräften, die ihn künftig einmal als Patienten behandeln sollten, aber auch gegenüber Angehörigen und sonstigen Personen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit erklärt, welchen medizinischen und begleitenden Maßnahmen er zustimmt und welche er ablehnt⁹. Zusätzlich zu derartigen Erklärungen für die Zukunft kann eine Patientenverfügung auch die Mitteilung von Einstellungen zum Leben und Sterben wie auch Wertvorstellungen beinhalten, die dann in späteren Behandlungssituationen für den bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreter, den Arzt oder den Angehörigen als Indizien dafür dienen, wie die betreffende Person als Patient wohl entschieden hätte. Während in diesem Fall der mutmaßliche Wille des Patienten erst ermittelt werden muss, ist eine Erklärung, in der der Betreffende für die Zukunft seine Einwilligung zur Einleitung, zum Umfang oder zur Beendigung bestimmter Maßnahmen erteilt bzw. seine Ablehnung von bestimmten Maßnahmen erklärt, als Äußerung seines Rechts auf Selbstbestimmung im Hinblick auf zukünftige eventuelle Behandlungen aufzufassen.

Das Recht kennt für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit von Erwachsenen außer der Patientenverfügung noch zwei weitere Instrumente einer Willenserklärung für die Zukunft: Durch eine Vorsorgevollmacht kann jede(r) eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen zu treffen, auch solche im Bereich der Gesundheitsfürsorge einschließlich medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Durch eine Betreuungsverfügung können für den Fall der Einrichtung einer Betreuung durch das Vormundschaftsgericht bestimmte Personen vorgeschlagen bzw. ausgeschlossen werden und Wünsche zu Art und Weise der Durchführung der Betreuung festgehalten werden.

Als Ausdruck und Ausübung des Selbstbestimmungsrechts sind Vorausserklärungen des eigenen Willens für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit stets etwas Individuell-Subjektives. Die Niederlegung entsprechender Wünsche setzt die persönliche Auseinandersetzung mit der Möglichkeit von eigener Krankheit und Leiden sowie mit der Gewissheit des eigenen Sterbenmüssens voraus. Formulare, Musterverfügungen und Broschüren, die sich an jedermann richten, sind dafür wichtige Hilfen.

Gleichwohl können sich solche Vorausverfügungen in der Konzeption, in den Inhalten, in der ausdrücklichen Berücksichtigung bestimmter Situationen, in der Konkretheit der getroffenen Anweisungen und auch im Kreis der Adressaten stark unterscheiden. Diese Vielfalt spiegelt sich nicht nur in der uneinheitlichen Terminologie – neben dem heute meist gewählten Ausdruck „Patienten-

verfügung“ findet man auch Bezeichnungen wie „Patientenbrief“, „Patiententestament“ und „Vorausverfügung“ – , sondern auch in der Vielzahl von Muster-Patientenverfügungen, die für die Erstellung einer individuellen Patientenverfügung derzeit angeboten werden¹⁰.

II. Materiale ethische Fragen zum Instrument der Patientenverfügung als solchem

Das Recht auf Selbstbestimmung gilt auch in Krankheit und am Lebensende. Deshalb bedürfen alle medizinischen Maßnahmen der Einwilligung des zuvor aufgeklärten Patienten. Ihre wichtigste Anerkennung und zugleich Verbindung mit der herkömmlichen ethischen Verpflichtung des Arztes auf das Wohl des Patienten hat diese Forderung im Prinzip der „informierten Einwilligung“ (informed consent) erhalten, das im Nürnberger Kodex von 1947 grundlegend erklärt wurde und heute weltweit gültig ist. Viele Regeln ärztlicher Praxis sowie standesethische Richtlinien für Angehörige helfender Berufe sind Konkretionen dieses Bemühens, ein Höchstmaß an Sorge für das Wohl des Patienten mit der Respektierung seines Selbstbestimmungsrechts zu verknüpfen¹¹.

Das Ziel, Patientinnen und Patienten auch in Grenzsituationen des Lebens – wie schwere Krankheit und Sterben – vor Fremdbestimmung in Gestalt von medizinischer Behandlung ohne Einwilligung einerseits und in Gestalt der Unterlassung bzw. Verweigerung möglicher und gewünschter lebensrettender Maßnahmen oder wirksamer Schmerzlinderung andererseits zu schützen, stellt allerdings immer dann eine Schwierigkeit dar, wenn die Patientin/der Patient das Bewusstsein und die Äußerungsfähigkeit und damit die Voraussetzungen dafür verloren hat, ihr/sein Selbstbestimmungsrecht unmittelbar auszuüben.

Patientenverfügungen sind ebenso wie die Vorsorgevollmacht und die Betreuungsverfügung Instrumente, das Selbstbestimmungsrecht auch über den Zeitpunkt des Verlusts des Bewusstseins und der Äußerungsfähigkeit bzw. der Entscheidungsfreiheit hinaus zu sichern und durch andere Personen, die als Vertreter handeln, zur Geltung zu bringen. Sie sind Ausdruck des Anspruchs, dass das Recht auf Selbstbestimmung auch für den Fall einer zukünftig nicht mehr bestehenden Erklärungsfähigkeit im Vorhinein ausgeübt werden kann.

Die hierbei zugrunde gelegte Vorstellung, dass der im Vorhinein geäußerte, bestimmte Situationen antizipierende Wille fortwirken könne, ist allerdings nur unter zwei Bedingungen zu rechtfertigen: Die Patientenverfügung muss frei verfasst sein und ihr Verfasser muss die Bedeutung und Tragweite dessen begriffen haben, was er oder sie für seine oder ihre Zukunft verfügt.

Diese beiden Bedingungen sind nicht von selbst gegeben. Deshalb ist in einer Angelegenheit von solcher Tragweite wie der Entscheidung zu einer Heilbehandlung, über Fortsetzung oder Abbruch einer Therapie, über die Art der Schmerzbekämpfung sowie über Umstände und Zeitpunkt des eigenen Sterbens auf äußerste Sorgfalt zu achten. Dies ist in der aktuellen rechtspolitischen Diskussion unumstritten. Kontrovers ist aber sehr wohl, wie weit dahin gehende Ungewissheiten durch das Instrument der Patientenverfügung und durch deren gesetzliche Ausgestaltung ausgeräumt werden können bzw. sollen.

Im Folgenden werden einige dieser Ungewissheiten, die in der aktuellen Debatte von wissenschaftlicher und politischer Seite als grundlegende Bedenken gegen eine Stärkung der rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen angeführt werden, genannt und zur Diskussion gestellt.

Eines dieser Bedenken hält den ausschließlichen oder primären Ansatz bei der Entscheidungs- und Handlungsautonomie des Einzelnen für unzulänglich. Die Vorstellung von einem Patienten, der selbst noch in schwersten Lebenskrisen autonome Entscheidungen über sein Leben treffen wolle, sei eine Fiktion, die der Realität schwerer und tödlicher Krankheit nicht standhalte. Menschen in Krisen- und Grenzsituationen des Lebens liege mehr an Solidarität und an der Gewissheit, dass sie Ärzten und Angehörigen die Entscheidung darüber, was konkret ihrem Wohlergehen dient, vertrauensvoll überlassen könnten, als daran zu wissen, dass ihr eigener Wille (über den sie sich oft nicht klar sind) in die Tat umgesetzt wird. Die Beachtung des schriftlich oder mündlich geäußerten Patientenwillens sei zwar wichtig; aber sie sei nur als eine Komponente im Kontext der gemeinsamen Erhebung dessen anzusehen, was dem Wohlergehen des einzelnen Patienten dient. Außerdem stelle sie eine gewisse Korrektur gegenüber der stets möglichen Versuchung dar, die Einschätzungen der vertretungsweise Entscheidenden unbemerkt zum Maßstab der Behandlung zu machen.

Dieser Einwand verweist auf die Begrenztheit der Patientenautonomie. In Krisen- und Grenzsituationen wird in extremem Maße sichtbar, was für die menschliche Existenz überhaupt gilt: Der Mensch ist bei aller Selbständigkeit immer auch auf andere angewiesen, ja bleibt von ihnen in vielerlei Hinsicht abhängig. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass Entscheidungen auch dann getroffen werden müssen, wenn jemand seinen Willen nicht mehr äußern kann oder auf eine vorausgreifende Willensfestlegung verzichtet hat. In diesem Fall wären es also andere, denen das Recht zufiele zu bestimmen, was dem Wohl des Patienten dient. Im Übrigen mindert das Wissen um die konstitutionelle Angewiesenheit nicht den Stellenwert der Selbstbestimmung.

Wünschen Patienten tatsächlich, die betreffenden Entscheidungen anderen Personen anzuvertrauen, die ihrer Meinung nach in der jeweiligen Situation kompetenter urteilen können als sie dies selber im Voraus tun könnten, so ist

ihnen dies ohne Weiteres möglich. Die Einführung der Patientenverfügung als Rechtsinstitut bedeutet lediglich die gesetzliche Verankerung einer Möglichkeit, von der Patienten Gebrauch machen können, keinen dahingehenden Zwang (siehe unten).

Ein anderes Bedenken gegenüber Patientenverfügungen bezieht sich auf das unvermeidliche Defizit jeder Entscheidung, die im Voraus und unabhängig von der konkreten Krankheitssituation erfolgt. Zwischen der antizipierten Situation und der Befindlichkeit, wenn diese tatsächlich existenziell durchlebt wird, bestehe nicht nur ein zeitlicher Abstand, innerhalb dessen sich Wertvorstellungen und Wünsche erheblich ändern könnten, sondern auch eine Erfahrungskluft: Entscheidungen im Rahmen einer Patientenverfügung würden in der Regel zu einem Zeitpunkt getroffen, in dem sich deren Verfasser im Vollbesitz seiner Kräfte fühle. Entscheidungen in (verhältnismäßig) gesundem Zustand zu treffen, unterscheide sich aber oftmals in erheblichem Maße von den Einschätzungen und Beurteilungen einer Person, die sich selber in ernsthafter Krankheit und Krise befindet, die unter wenigen verbleibenden Handlungsalternativen abwägen muss, die unmittelbare Erfahrungen damit hat, was die einzelnen Maßnahmen bedeuten, und damit andere Wertmaßstäbe anlegen kann.

Die Perspektivität, auf die dieser Einwand abhebt, besteht zweifellos. Jedoch ergibt sich aus dieser Feststellung nicht automatisch der Schluss, dass andere Personen die notwendigen Entscheidungen besser treffen könnten. Vielmehr ist die nächstliegende Konsequenz, darauf hinzuwirken, dass das mit der Perspektivität verbundene Risiko der Fehleinschätzung gemindert wird. Eine Maßnahme, die dem besonders dient, ist eine vorausgehende fachkundige ärztliche Beratung. Eine andere besteht darin, die getroffenen Entscheidungen und Bewertungen immer wieder von neuem und unter Einbeziehung eigener Erfahrungen und des Miterlebens von Krankheit, Leiden und Sterben anderer zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren, so dass die Willensäußerungen – jedenfalls über einen größeren Zeit- und Erlebnisraum hinweg – sich als beständig bzw. situationsnäher herausstellen.

Ein weiterer Einwand gegen Patientenverfügungen beruft sich auf die fehlende Eindeutigkeit prospektiv getroffener Entscheidungen. Zwischen der bloß vorweggenommenen und der konkreten Behandlungssituation, in der sich der Betreffende nicht mehr äußern kann, besteht aufgrund der mangelnden Vorhersehbarkeit und Nichtplanbarkeit der konkreten zukünftigen Krankheitssituation, darüber hinaus auch als Folge der Variationsbreite der Krankheitsverläufe und nicht zuletzt aufgrund des in der Zwischenzeit eventuell eingetretenen Fortschritts in den medizinischen Behandlungsmöglichkeiten normalerweise eine Lücke, so dass Patientenverfügungen, selbst wenn sie um Konkretheit bemüht sind, häufig nicht Punkt für Punkt auf die Behandlung übertragen werden können.

Dieses Risiko kann jedoch in der Weise abgeschwächt werden, dass die Patientenverfügung zeitnah ergänzt und sich abzeichnenden Krankheitssituationen angepasst wird. Außerdem kann die Eindeutigkeit der Willensverfügung generell dadurch verstärkt werden, dass die Patientenverfügung von Zeit zu Zeit überarbeitet wird. Am Problem mangelnder Eindeutigkeit zeigt sich in großer Deutlichkeit, dass die in einer Patientenverfügung fixierten Willensäußerungen in dem Augenblick, in dem sie zur Anwendung gebracht werden, hinsichtlich der Intention des Verfassers und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die konkrete Behandlungssituation jeweils interpretiert werden müssen. Die Bevollmächtigung einer Person des Vertrauens, die stellvertretend entsprechende Entscheidungen zur Einwilligung oder Verweigerung fällen kann, erscheint insofern als wertvolle Ergänzung; doch birgt auch sie eine Reihe spezifischer Risiken wie emotionale Überforderung, Niederlegung der Vollmacht oder falsches Verstehen bzw. Verzerrung der gegebenen Informationen.

In letzter Konsequenz könnte das in einer Patientenverfügung Gestalt annehmende Recht auf Selbstbestimmung auch im Sinn einer Isolierung des schwerkranken und sterbenden Menschen verstanden und praktiziert werden. Gegenüber derartigen Verabsolutierungen, die den Patienten in seiner Hilfebedürftigkeit ganz auf sich selbst zurückwerfen würden, ist auf die Grenzen hinzuweisen, die mit dem Recht auf Selbstbestimmung in Krisen- und Grenzsituationen zu beachten sind: Nach der einen Seite hin ist elementarer Bestandteil der Pflicht zur Respektierung der Patientenautonomie auch das Recht des Patienten, keine Vorsorge treffen zu wollen. Nach der anderen Seite hin müssen Ärzte und Pflegende in ihrem Achtungsanspruch gesehen werden. Als Helfende sind sie grundsätzlich nicht nur dem Patienten, sondern auch der Rechtsordnung, dem Standesethos und ihrem Gewissen verpflichtet. Eine Verpflichtung gegenüber der Rechtsordnung und dem Gewissen besteht auch für den Bevollmächtigten. Im Übrigen kann und darf die Verpflichtung zur Achtung der Selbstbestimmung des Patienten kein Ersatz für die Bereitschaft der Gesellschaft sein, solidarische Fürsorge für Kranke, Alte und sozial Desintegrierte zu übernehmen. Vielmehr ist sie eine Form der individuellen Willensäußerung, die strukturell in die bestehenden Unterstützungssysteme zu implementieren und zu fördern ist.

Es steht außer Zweifel, dass die skizzierten Bedenken auf Ernst zu nehmende Probleme einer Vorausverfügung hinweisen. Deren Würdigung im Einzelnen zeigt aber auch, dass es vorschnell und widersprüchlich wäre, aus ihnen den Schluss zu ziehen, sie sprächen grundsätzlich gegen eine Stärkung der rechtlichen Verbindlichkeit von Patientenverfügungen. Vielmehr zeigt sich im Gegenteil, dass die Stärkung von deren rechtlicher Verbindlichkeit der Weg sein kann, diesen Bedenken Rechnung zu tragen.

III. Offene Fragen zu einzelnen Fallkonstellationen

Problematisch ist die Beteiligung des Patienten am Behandlungsprozess in all den Fällen, in denen sich der Patient zu eventuellen Maßnahmen nicht geäußert hat, bevor er einwilligungsunfähig wurde, sei es aufgrund dessen, dass er auf sein Recht verzichtet hat, eine Vorausverfügung zu treffen, oder dass er in seinem bisherigen Leben noch keinen Anlass hatte, sich zu den entsprechenden Fragen zu äußern, oder dass er die Einwilligungsfähigkeit noch gar nicht erreicht hat oder sie ihm bleibend versagt ist. In diesen Fällen müssen andere an seiner Stelle die nötigen Entscheidungen treffen. Hierzu ist gegebenenfalls die vom Patienten selbst bevollmächtigte Vertrauensperson berufen oder der Betreuer als der gesetzliche Vertreter befugt, notfalls auch der behandelnde Arzt. Diese Personen müssen sich zwangsläufig mit der Ermittlung und Beachtung des individuellen mutmaßlichen Willens begnügen. Ein solcher ist kein Äquivalent für den tatsächlichen Willen, sondern nur ein Hilfskonstrukt oder ein Ersatz. Allerdings verpflichtet er die Entscheidenden dazu, in der jeweiligen Situation aus der Perspektive des Betroffenen und der besseren Kenntnis seiner Biografie und eventueller früherer Äußerungen dieser Person zu Werthaltungen, Einstellungen, Tod und Sterben im Wege der treuhänderischen Stellvertretung eine verantwortliche Entscheidung zu treffen.

In diesem Zusammenhang stellt sich aber die Frage, ob der tatsächliche subjektive Wille auch dann mittels Mutmaßung substituiert werden kann, wenn eine eigene Autonomie im Sinne von eigenen Willensäußerungen beim Betroffenen noch nicht aktuell ist (z. B. bei Neugeborenen und Kleinkindern) oder zeitlebens niemals vorhanden war (etwa bei Formen schwerer geistiger Behinderung). Findet das Abstellen auf den mutmaßlichen Willen des Patienten nicht prinzipiell dort seine Grenze, wo fundamentale Bedingungen für Entscheidungs- und Handlungsfreiheit nicht gegeben sind oder wo tatsächliche Feststellungen des Willens niemals getroffen werden können? So fraglos die Berechtigung rechtlich verbindlicher Patientenverfügungen als Instrument der Selbstbestimmung für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit für mündige und informierte Erwachsene ist und so geboten es ist, bei Fehlen einer einschlägigen Patientenverfügung in diesen Fällen den mutmaßlichen Willen des Patienten zu berücksichtigen, so zweifelhaft ist die Anwendung dieser Grundsätze bei anderen Gruppen, wie Menschen mit schwer wiegenden psychischen Beeinträchtigungen zum Zeitpunkt der Willensäußerung, Kindern und Menschen mit geistiger Behinderung.

In Notfall-Situationen wird es häufig vorkommen, dass der Patientenwille nicht bekannt ist und für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens keine Zeit vorhanden ist. In derartigen Zweifelsfällen ist der behandelnde Arzt verpflichtet,

die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten und so lange fortzusetzen, bis der Notfall abgewendet ist oder sich zwischenzeitlich neue Erkenntnisse über den Patientenwillen ergeben, die sich auch auf die Situation beziehen lassen.

Eine anders gelagerte Schwierigkeit ergibt sich in den nicht so selten auftretenden Fällen, in denen der behandelnde Arzt eine lebenserhaltende Maßnahme für medizinisch indiziert hält, jedoch das Verständnis einer Anweisung der Patientenverfügung zwischen Arzt und Betreuer kontrovers ist und infolgedessen der Vertreter des Patienten die betreffende Maßnahme ablehnt. Kompliziert kann diese Entscheidungslage auch dann sein, wenn nahe stehende Angehörige untereinander unterschiedlicher Meinung darüber sind, was wohl der Wille des Betroffenen sei, oder wenn die behandelnden Ärzte ihrerseits uneinig darüber sind, was in diesem Falle medizinisch möglich und angezeigt ist. Es ist selbstverständlich, dass in derartigen Fällen Lösungen mittels Beratungen anzustreben sind, in denen alle verfügbaren relevanten Informationen und alle Träger solcher Informationen wie Ärzte, Pflegende, die den Patienten früher behandelt haben, sowie andere Bezugspersonen von ihm einbezogen werden. Gleichwohl kann sich die Frage stellen, wie bei anhaltendem Konflikt weiter verfahren werden kann oder soll und welche Überprüfungsmechanismen notwendig und praktikabel sind.

Es kommt vor, dass der Patient zwar noch entscheidungsfähig ist, aber eine klare Äußerung zur Einleitung oder Fortführung der Behandlung vermeidet oder sich nur widersprüchlich dazu äußert. Der Grund hierfür liegt häufig darin, dass sich der Patient von der Meinung anderer, etwa der eines nahen Angehörigen, eines Freundes, einer einzelnen Pflegekraft oder auch der Öffentlichkeit im Moment beeindruckt lässt oder sich selbst noch keine eindeutige Meinung gebildet hat. Auch die Qualität der Schmerzbehandlung kann dabei eine Rolle spielen.

Diese Beobachtung wird gelegentlich als Argument für den Verdacht angeführt, auch in Patientenverfügungen seien oft momentane Eindrücke und faktische Einflussnahmen Dritter eingegangen und maßgeblich geworden. Dass diese Befürchtung in einzelnen Fällen zutreffen mag, kann gewiss nicht völlig ausgeschlossen werden. Doch abgesehen von der Tatsache, dass unterschwelliger sozialer Druck bei jeglicher Willensäußerung ins Spiel kommen kann, spricht vieles dafür, dass Menschen, die bewusst Vorsorge für Situationen treffen, in denen es um ihr eigenes schweres Kranksein, ihre eigene Einwilligungsunfähigkeit, ihr eigenes Leiden und um das Wie ihres eigenen Sterbens geht, Entscheidungen nicht leichtfertig treffen, sondern gründlich überlegt und mit dem existenziellen Wissen, dass es letztlich um ihre Angelegenheit geht.

Im Übrigen muss der Arzt ohnehin das Vormundschaftsgericht einschalten, sollte er begründete Zweifel am Zustandekommen, am Fortbestehen oder

an der Anwendbarkeit der in einer Patientenverfügung enthaltenen Erklärung haben und diese nicht ausräumen können. Die Tätigkeit des Vormundschaftsgerichtes dient dem Ausschluss von Missbrauch der Art, dass dem Patient ein Sterbewunsch unterstellt und ihm lebenserhaltende Maßnahmen aus Gründen, die mit seinem Willen nichts zu tun haben, verweigert werden. Die Mitwirkung und Kontrolle des Vormundschaftsgerichtes ist unerlässlich, wo immer die begründete Gefahr besteht, dass Stellvertreter-Entscheidungen dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des Patienten nicht entsprechen oder Anhaltspunkte für eine Willensänderung vorliegen.

Eine heikle und dementsprechend in der aktuellen rechtspolitischen Diskussion besonders stark umstrittene Frage ist die, welche Inhalte eine Patientenverfügung haben darf. Befürchtet wird insbesondere, dass Patientenverfügungen das Instrument sein könnten, die verbotene Tötung auf Verlangen, also eine Form der gezielten Lebensbeendigung, gleichsam durch die Hintertür zuzulassen und mindestens für bestimmte Grenzfälle wie Wachkoma und Demenz zum Gegenstand eines möglichen Rechtsanspruchs zu machen. Die Kontroverse um das Für und Wider einer Beschränkung der Reichweite von Patientenverfügungen mit rechtlicher Verbindlichkeit, die sich aktuell in den unterschiedlichen Voten der sog. Kutzer-Kommission und der Enquete-Kommission abbildet, soll im Rahmen des folgenden Teils dieser Stellungnahme dargestellt werden.

IV. Rechtslage und rechtspolitische Diskussion zur Patientenverfügung

Rechtslage

Patientenverfügungen haben eine große Verbreitung erlangt. Die Deutsche Stiftung Hospiz hat im Jahre 2003 geschätzt, dass ca. 7 Millionen Patientenverfügungen existieren. Zahlreiche Institutionen haben Muster für Patientenverfügungen entwickelt und verbreitet, darunter auch staatliche und kirchliche Stellen; es existieren derzeit in Deutschland mehr als 170 solche Muster.

Anknüpfend an eine Äußerung des Bundesverfassungsgerichts geht die ganz herrschende Auffassung davon aus, dass das Recht des Bürgers, für den Fall fehlender Entscheidungsfähigkeit Verfügungen hinsichtlich seiner medizinischen und pflegerischen Behandlung zu treffen, eine verfassungsrechtliche Grundlage hat, und zwar im Schutz der Menschenwürde (Art. 1 GG), in der allgemeinen Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) und im Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG). Patientenverfügungen sind Ausfluss des Selbstbestimmungsrechts, das sowohl durch Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG wie

durch Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG geschützt ist. Zur Menschenwürde, die in jeder Lebensphase zu achten ist, gehört insbesondere, dass der Mensch als Subjekt eigener Entscheidungen zu achten ist und nicht zum Objekt von Fremdbestimmung gemacht wird, sei diese noch so wohlmeinend. Im Hinblick auf die geschichtlichen Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, besonders während der Nazizeit, ist es notwendig, das aus der Menschenwürde erfließende Recht auf Schutz vor Fremdbestimmung ausdrücklich auch für diejenigen zu bekräftigen, die nicht oder nur eingeschränkt im Stande sind, ihren eigenen Willen zu äußern.

Das Selbstbestimmungsrecht ist von Verfassungen wegen nicht schrankenlos gewährleistet. Aus Rechtsgütern der Allgemeinheit und aus Rechten Dritter können sich Schranken ergeben, die der Einzelne als Glied der Gemeinschaft hinnehmen muss. Zu diesen Rechtsgütern zählt auch die Achtung des Lebens als Wert der Gemeinschaft. Deshalb hält man das strafrechtliche Verbot der Tötung auf Verlangen (§ 216 StGB) für verfassungsmäßig. Der Gesetzgeber kann das sog. Dammbrech-Argument in seine Überlegungen einstellen und Sorge tragen, wie ein Missbrauch zu Lasten der Betroffenen verhindert werden kann. Ihm steht beim Schutz des Lebens ein erheblicher Beurteilungsspielraum zu. Auf keinen Fall darf das Selbstbestimmungsrecht, hier verstärkt durch den Achtungsanspruch der Menschenwürde, aber unter Berufung auf objektive Schutzpflichten unterlaufen werden. Dazu, wie das Verhältnis von Selbstbestimmungsrecht und Lebensschutz bei Patientenverfügungen exakt zu bestimmen ist, liegt bisher eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts nicht vor.

Bei einwilligungsfähigen Patienten steht die unbedingte Achtung des Selbstbestimmungsrechts außer Streit. Jeder ärztliche Eingriff bedarf der Einwilligung des Patienten. Ausgenommen sind davon lediglich Notfälle, in denen der Patientenwille nicht bekannt und ein Vertreter nicht vorhanden ist und die Behandlung keinen Aufschub duldet. Weder die Krankheit des Patienten noch der ärztliche Heilauftrag begründen ein eigenständiges Behandlungsrecht des Arztes. Vielmehr ist der ärztliche Eingriff nur dann rechtmäßig, wenn der Patient wirksam eingewilligt hat. Darauf, ob die Entscheidung des Patienten vernünftig oder unvernünftig ist, kommt es dabei nicht an. Die persönliche Entscheidungsfreiheit des Patienten ist nicht dadurch begrenzt, was aus ärztlicher oder objektiver Sicht erforderlich oder sinnvoll wäre. Handelt der Arzt ohne die erforderliche Einwilligung, kommen eine Strafbarkeit wegen Körperverletzung sowie Schadensersatzansprüche in Betracht. Ebenso wie die Aufnahme bedarf auch die Fortsetzung einer medizinischen Behandlung der Einwilligung des Patienten. Die Einwilligung ist jederzeit widerruflich. Ebenso wenig wie die Einwilligung bedarf auch der Widerruf zu seiner Wirksamkeit „vernünftiger“ Gründe.

Die Einwilligung in einen ärztlichen Eingriff ist nur wirksam, wenn der Patient einwilligungsfähig ist. Das ist der Fall, wenn er über die für die konkrete Entscheidung erforderliche natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügt. Auch Minderjährige und Betreute können einwilligungsfähig sein. Außerdem ist Voraussetzung einer wirksamen Einwilligung, dass der Patient über die medizinische Bedeutung und Tragweite der anstehenden Maßnahme, über alternative Behandlungsmöglichkeiten und die Konsequenzen eines Behandlungsverzichts durch den Arzt aufgeklärt wurde, es sei denn, der einwilligungsfähige Patient hat auf eine solche Aufklärung verzichtet. Für die Wirksamkeit eines Behandlungsverzichts ist eine ärztliche Aufklärung nicht Voraussetzung, was aber nichts daran ändert, dass der Arzt vertraglich und standesrechtlich auch und gerade in Fällen eines Behandlungsverzichts zu einer Belehrung verpflichtet ist.

Die Einwilligung ist schließlich nur wirksam, wenn sie nicht durch Willensmängel in einem Maße beeinflusst ist, dass sie nicht mehr als Ausfluss einer eigenen, wahren inneren Willensbildung des Betroffenen angesehen werden kann.

Dass der ärztliche Eingriff nur bei einer wirksamen Einwilligung des Patienten rechtmäßig ist, gilt für medizinische Eingriffe aller Art, so auch für die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und für die maschinelle Beatmung, für die Dialyse und die Bekämpfung auftretender Infektionen. Alle diese Behandlungen kann der Patient ablehnen. An die Stelle einer lebensverlängernden Behandlung tritt dann erforderlichenfalls ein palliatives ärztliches und pflegerisches Versorgungsangebot.

Ist die Achtung des Selbstbestimmungsrechts beim einwilligungsfähigen Patienten außer Streit, so wurde und wird kontrovers diskutiert, welche Maßstäbe gelten, wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist. Im Kern ging es und geht es darum, welchen Stellenwert in diesem Fall ein früher geäußerter Wille des Patienten hat, welchen Stellenwert der „mutmaßliche Wille“ des Patienten hat und welche Bedeutung objektive Gesichtspunkte wie das „Wohl“ des Patienten, sein „best interest“, der „mutmaßliche Wille eines verständigen Patienten“ haben. Zu den materiellrechtlichen Fragen kamen und kommen verfahrensrechtliche, insbesondere die Frage, ob ein bestellter Betreuer für die Entscheidung, in die Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen, z. B. einer künstlichen Ernährung, nicht einzuwilligen, der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf. Mit dem Fragenkreis mussten sich sowohl Strafgerichte wie Zivilgerichte befassen. Bestimmend für die Rechtspraxis wurden insbesondere zwei neuere Entscheidungen des Bundesgerichtshofs, nämlich die Entscheidung des 1. Strafsenats vom 13. September 1994 - I StR 357/94 (NJW 1995, 204) und die Entscheidung des Familiensenats vom 17. März 2003 - XII ZB 2/03 (NJW 2003, 1588). Beide Entscheidungen gehen von folgendem aus: Eine

Patientenverfügung, die im Zustand der Einwilligungsfähigkeit getroffen wurde, keine Willensmängel aufweist und sich auf die zu beurteilende Situation bezieht, ist grundsätzlich bindend und zwar für alle Beteiligten. Anders ist es, wenn die Verfügung widerrufen wurde, was jederzeit auch formlos möglich ist. Es ist nicht zulässig, sich gegenüber einer wirksamen Patientenverfügung auf einen abweichenden mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu berufen. Erst recht ausgeschlossen ist in diesem Fall die Berufung auf ein objektiv verstandenes Wohl des Patienten oder auf objektiv verstandene sittliche Gebote. Ein bestellter Betreuer ist verpflichtet, den Patientenwillen durchzusetzen.

Nach Auffassung des BGH bedarf es eines Betreuers (oder Bevollmächtigten), wenn es gilt, entsprechend dem Patientenwillen die Einwilligung zu lebensverlängernden Maßnahmen zu versagen. Ein Betreuer soll in diesem Fall der Zustimmung des Vormundschaftsgerichts bedürfen. Dies ist rechtspolitisch sehr streitig (siehe unten). Für den Fall einer Vorsorgevollmacht liegt keine Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs vor.

Noch keine klare Position der Rechtsprechung ist bei der wichtigen Frage erkennbar, ob die Patientenverfügung (so wie die von einem Einwilligungsfähigen getroffene Entscheidung) in jedem Fall bindend sein soll oder ob die Bindungswirkung erst einsetzt, wenn das die Entscheidungsunfähigkeit begründende Grundleiden irreversibel ist, eine Besserung also nicht mehr möglich erscheint, oder ob die Bindungswirkung zur Voraussetzung hat, dass das Grundleiden einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat. Der Familiensenat des BGH vertritt die Auffassung, dass die von ihm angenommene Unklarheit ihre Wurzel im geltenden Strafrecht (§ 216 StGB) hat (BGH, Beschl. v. 8.6.2005 - XII ZR 177/ 03 [NJW 2005, 2385]).

Rechtspolitische Diskussion

Die Zahl der Äußerungen zum rechtspolitischen Handlungsbedarf ist sehr groß. Nachfolgend werden die Forderungen einiger besonders bedeutsamer und oft zitierter Stellungnahmen thesenartig referiert.

63. Deutscher Juristentag 2000

Die Patientenverfügung soll gesetzlich geregelt werden. Geschäftsfähigkeit soll dabei nicht verlangt werden, Einwilligungsfähigkeit vielmehr genügen. Schriftform soll vorgeschrieben werden. Eine vorherige ärztliche Aufklärung ist empfehlenswert, aber nicht Wirksamkeitsvoraussetzung. Die Patientenverfügung soll sowohl den Arzt wie den Bevollmächtigten und den Betreuer binden. Ein Widerruf soll jederzeit formfrei möglich sein.

Für die Ablehnung der Aufnahme oder Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen durch den Betreuer ist vormundschaftsgerichtliche Genehmigung vorzusehen. Beim Gesundheitsbevollmächtigten gilt dies nur, wenn es sich bei ihm um eine in diesem Bereich gewerbsmäßig tätige Person handelt.

Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004

Die Patientenverfügung soll gesetzlich geregelt werden, ebenso die Bestellung eines Gesundheitsbevollmächtigten. Inhalt der Regelung soll sein:

Die Patientenverfügung ist wirksam, wenn der Verfügende urteils- und einsichtsfähig war. Schriftform und vorgängige ärztliche oder rechtliche Beratung sind grundsätzlich nicht erforderlich, ebenso wenig eine Aktualisierung in bestimmten Zeitabständen. Zielt die Patientenverfügung allerdings auf Maßnahmen, die das Leben oder die Gesundheit des Betroffenen gefährden, so bindet sie nur, wenn sie schriftlich verfasst wurde, auf die spätere Situation hinreichend konkret zugeschnitten ist und der Patient über die Folgen hinreichend beraten wurde. Fehlt es hieran, kann die Patientenverfügung nur als starkes Indiz für den nachrangig relevanten mutmaßlichen Willen des Patienten gelten.

Der Vertreter des Betroffenen (Vorsorgebevollmächtigter, Betreuer) hat sich für die Verwirklichung der Patientenverfügung einzusetzen. Die Vorsorgevollmacht bedarf der Schriftform. Sie umfasst den Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen nur, wenn dies ausdrücklich angeordnet ist. Eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung soll erforderlich sein, wenn Bevollmächtigter oder Betreuer die Einwilligung in die Aufnahme oder Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen verweigern, die Ärzte diese aber für indiziert halten, also im Konfliktfall.

Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ 2004 (AG Kutzer)

Sie schlägt eine gesetzliche Regelung der Patientenverfügung vor und hat dazu einen ausformulierten Vorschlag erarbeitet, der im Wesentlichen Folgendes beinhaltet:

Eine Patientenverfügung über die Einwilligung oder Verweigerung der Einwilligung in bestimmte ärztliche oder pflegerische Maßnahmen, die auf die konkrete Entscheidungssituation zutrifft, hat Geltung, auch wenn der Verfügende nicht mehr entscheidungsfähig ist. Der Betreuer und ein entsprechend bevollmächtigter Vertreter sind verpflichtet, die Patientenverfügung durchzusetzen. Dies gilt auch dann, wenn die Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat. Verweigert der Betreuer die Einwilligung in lebensverlängernde ärztliche Maßnahmen oder widerruft er sie, bedarf er der Genehmigung des

Vormundschaftsgerichts. Dies gilt jedoch nicht, wenn zwischen Betreuer und Arzt Einvernehmen besteht, dass die Verweigerung der Einwilligung oder ihr Widerruf dem Willen des Patienten entspricht.

Das Vormundschaftsgericht hat, wenn eine ausdrückliche, auf die Entscheidungssituation bezogene Erklärung des Patienten vorliegt, festzustellen, dass es seiner Genehmigung nicht bedarf. In den anderen Fällen orientiert es sich am mutmaßlichen Willen des Patienten und, falls ein solcher nicht feststellbar ist, am Wohl des Patienten.

Der Vorsorgebevollmächtigte bedarf, wenn die Vollmacht die Verweigerung der Einwilligung in lebensverlängernde Maßnahmen oder deren Widerruf ausdrücklich umfasst, nicht der Genehmigung durch das Vormundschaftsgericht.

Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin 2004

Der Zwischenbericht zur Thematik der Patientenverfügungen endet mit einem Gesetzesvorschlag. Seine wesentlichen Elemente sind:

Die Patientenverfügung ist wirksam, wenn sie schriftlich getroffen wurde und der Betroffene nach allgemeinen Grundsätzen einwilligungsfähig war. Vorgängige fachkundige Beratung und wiederkehrende Aktualisierung der Verfügung sind empfehlenswert, aber nicht Wirksamkeitsvoraussetzung.

Mündliche Erklärungen sind Indiz bei der Ermittlung des Willens des Patienten. Der Betreuer hat die Patientenverfügung zu überprüfen. Ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass der Betreute seinen Willen geändert hat oder bei Kenntnis der vorliegenden Umstände zu einer anderen Entscheidung gekommen wäre und trifft die Patientenverfügung auf die vorliegende Situation zu, so hat der Betreuer die Verfügung umzusetzen.

Zielt die Verfügung auf Verzicht oder Abbruch indizierter oder ärztlicherseits vorgeschlagener lebenserhaltender Maßnahmen, darf der Betreuer die Patientenverfügung nur umsetzen, wenn das Grundleiden irreversibel ist und trotz medizinischer Behandlung nach ärztlicher Erkenntnis zum Tod führen wird. Maßnahmen der Basisversorgung können durch Patientenverfügung in keinem Fall ausgeschlossen werden. Im Zweifel haben bei der Umsetzung einer Patientenverfügung oder einer mündlichen Erklärung das Wohl des Patienten und sein Lebensschutz Vorrang.

Vor einer Entscheidung, die auf das Unterbleiben oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen entsprechend dem Willen des Patienten gerichtet ist, hat sich der Betreuer mit einem Konsil zu beraten, dem mindestens der behandelnde Arzt, ein Vertreter der Pflegenden und, soweit vorhanden, Angehörige angehören. Das Ergebnis der Beratung ist zu dokumentieren. Außerdem bedarf eine solche Entscheidung der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

Für Vorsorgebevollmächtigte gelten diese Grundsätze entsprechend.

Referentenentwurf des Bundesministerium der Justiz 2004

Für die Wirksamkeit der Patientenverfügung gelten die allgemeinen Grundsätze. Schriftform ist nicht erforderlich. Die für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit getroffenen Entscheidungen gelten fort, wenn die Einwilligungsunfähigkeit eingetreten ist, es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für einen Widerruf vor.

Der Betreuer hat den in der Patientenverfügung geäußerten Willen zu beachten. Dies gilt auch dann, wenn eine Erkrankung noch keinen tödlichen Verlauf genommen hat. Hat der Betroffene in der Verfügung Entscheidungen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte Untersuchungen, Heilbehandlungen oder Eingriffe getroffen, die auf die konkrete Situation zutreffen, so gelten diese Entscheidungen, der Betreuer hat dann keine eigene Entscheidung zu treffen. Ist dies nicht der Fall, so ist der mutmaßliche Wille maßgebend und der Betreuer bedarf für eine dann von ihm zu treffende Entscheidung, dass lebensverlängernde Maßnahmen zu unterlassen oder abbrechen sind, der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. Dies soll freilich nicht gelten, wenn Arzt und Betreuer übereinstimmen, dass das Unterlassen solcher Maßnahmen dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.

Für den Vorsorgebevollmächtigten gilt dies entsprechend. Die Vollmacht muss schriftlich erteilt sein und die Entscheidung über das Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen ausdrücklich umfassen. Ist dies der Fall, bedarf der Vorsorgebevollmächtigte nicht der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

Nationaler Ethikrat 2005

Eine gesetzliche Regelung im BGB mit ergänzenden Regelungen im Strafrecht wird befürwortet. Dabei darf das Verbot der aktiven Sterbehilfe (§ 216 StGB) nicht infrage gestellt werden. Schriftform (oder eine vergleichbar verlässliche Dokumentation) soll vorgeschrieben werden. Vorgängige fachkundige Beratung und wiederkehrende Aktualisierung sind empfehlenswert, aber nicht Wirksamkeitsvoraussetzung. Hinreichend konkrete Patientenverfügungen sind für Arzt und Pflegepersonal verbindlich, ebenso für Betreuer oder Bevollmächtigte. Auch wenn aus deren Sicht die Verfügung nicht dem Wohl des Patienten entspricht, haben sie diese zur Geltung zu bringen. Reichweite und Verbindlichkeit der Patientenverfügung sind nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung zu beschränken. Bestehen bei Demenzkranken Anzeichen von Lebenswillen, so ist eine behandlungsablehnende Patientenverfügung nur verbindlich, wenn auch diese Situation in der Verfügung hinreichend konkret umschrieben ist und die Beachtlichkeit solcher Anzeichen ausgeschlossen wird; ferner muss in diesem

Fall eine geeignete Beratung vorausgegangen sein. Das Vormundschaftsgericht soll zuständig sein bei Anhaltspunkten für missbräuchliches Handeln von Betreuer oder Bevollmächtigtem, darüber hinaus im Falle der Betreuung, wenn es bei Anerkennung oder Auslegung der Verfügung zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Betreuer, Arzt, Pflegekraft oder Angehörigen kommt. Liegt keine Patientenverfügung vor, soll der Betreuer für alle Entscheidungen, die für den Betreuten die Gefahr des Todes oder erheblicher Gesundheitsschäden herbeiführen, der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts bedürfen, der Gesundheitsbevollmächtigte nur bei Anzeichen für ein Überschreiten der Vollmacht.

Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung 2005 der Gruppe der so genannten Alternativprofessoren

Vorgeschlagen werden Ergänzungen des Strafrechts sowie ein Sterbebegleitungsgesetz. Die im StGB vorgeschlagenen Regelungen sollen u. a. klarstellen, dass die Beendigung, Begrenzung oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen nicht rechtswidrig ist, wenn der Betroffene dies in einer wirksamen schriftlichen Patientenverfügung für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit angeordnet hat. Gleiches soll gelten, wenn der Betroffene nach ärztlicher Erkenntnis zu einer Erklärung über Aufnahme oder Fortführung der Behandlung außerstande ist und aufgrund verlässlicher Anhaltspunkte anzunehmen ist, dass er im Hinblick auf Art, Dauer und Verlauf seiner Erkrankung lebenserhaltende Maßnahmen ablehnen würde. Die Wirksamkeit der Patientenverfügung soll nicht von einer vorgängigen ärztlichen Beratung abhängen, auch wenn eine solche empfohlen wird (und eine entsprechende Beratung in den Katalog ärztlich abrechenbarer Leistungen aufgenommen werden soll). Eine Befristung der Gültigkeitsdauer von Patientenverfügungen ist nicht vorgesehen. Eine Reichweitenbegrenzung auf Fälle, in denen das Grundleiden irreversibel ist, wird abgelehnt. Ein Widerruf der Patientenverfügung soll formlos möglich sein. In einem Sterbebegleitungsgesetz sollen Ärzte und von ihnen ermächtigte Personen bußgeldbewehrt verpflichtet werden, bei Beendigung, Begrenzung oder Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen die Gründe hierfür sowie die Stellungnahme eines bestellten Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuers zu dokumentieren.

V. Ärztliche Beratung

Für Menschen, die eine Patientenverfügung verfassen, liegt das ausschlaggebende Motiv darin, dass ihre im Voraus abgegebenen Willenserklärungen zu Behandlungen oder deren Ablehnung für die behandelnden Ärzte und betreuenden Personen rechtlich bindend sein werden und befolgt werden müssen. Andernfalls, das heißt, wenn ihre individuelle Lebensqualität nicht berücksichtigt würde, würden sie sich dieser Mühe kaum unterziehen.

Damit der Verfasser eine sachgerechte Entscheidung treffen kann, empfiehlt es sich, dass er sich vor einer solchen Verfügung sachkundig und individuell durch einen Arzt seines Vertrauens beraten lässt.

Inhaltlich geht es in der Beratung von Seiten des Arztes außer um Informationen über die gesundheitliche Situation um die sachgerechte Aufklärung über mögliche Krankheiten und Risiken und über die medizinischen Maßnahmen und Behandlungsalternativen im Falle des Eintretens und während des Verlaufs schwerer Krankheiten. Seitens des Patienten geht es um die Feststellung seiner Wünsche und Einschätzungen sowie um deren Fassung in einer Form, die für den Arzt, der später die Behandlung übernimmt, verständlich und eindeutig ist.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient kann darüber hinaus das Vertrauen wesentlich stärken. Ängste und Verunsicherungen können ausgeräumt oder abgemildert sowie das Gefühl gestärkt werden, dass die Angelegenheiten, die das eigene Sterben betreffen, gut geregelt sind. Auch das Wissen, dass die eigenen Gedanken, Pläne und Entscheidungen geachtet und befolgt werden, kann wichtig sein, um der Situation von Krankheit, Hilflosigkeit und Sterben-Müssen gelassener gegenüber zu treten.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient erfordert beiderseits Fairness. Entsprechend den Grundsätzen korrekter ärztlicher Berufsausübung¹² muss der Arzt in einer Weise, die für den Patienten verständlich und angemessen ist, diesen aufklären; er darf keinen Druck auf ihn ausüben und muss seine persönliche Meinung hinter der des Patienten zurückstellen. Die Inhalte des Gesprächs unterliegen der Schweigepflicht. Der Patient seinerseits muss darauf verzichten, Maßnahmen zu verlangen, die gegen die geltenden Gesetze verstoßen. Dies gilt im Besonderen für den Wunsch, dass der Arzt aktive Sterbehilfe leisten möge.

Die Beratung durch den Arzt kann durch die Beratung seitens anderer Personen ergänzt werden. Neben Personen des Vertrauens wie Angehörige, Seelsorger und Mitglieder von Hospiz-Vereinen ist für die Erstellung der individuellen Patientenverfügung vor allem an die Unterstützung durch Rechtsanwälte, Notare und andere Personen zu denken, die kompetente Rechtsberatung ausüben können.

B. Sterbehilfe

I. Definition

Als Bezeichnung für die Hilfe, die tödlich erkrankten oder sterbenden Menschen geleistet wird, um ihnen ein Sterben in Würde zu ermöglichen, das ihren Vorstellungen und Wünschen entspricht, hat sich in der fachlichen wie auch in der öffentlichen Diskussion des deutschen Sprachraums der Begriff „Sterbehilfe“ durchgesetzt. Er umfasst sowohl auf diese Situation bezogene ärztliche Maßnahmen und ausreichende pflegerische Unterstützung als auch das Sichkümmern um eine dem Patienten bzw. der Patientin angemessene Umgebung, die Gewährung von mitmenschlicher Begleitung durch Angehörige sowie Seelsorger und den Schutz vor Erniedrigung, Diskriminierung und Verachtung durch unbeteiligte Dritte. Sterbehilfe betrifft nicht nur die Menschen, die sich bereits im Prozess des Sterbens befinden, sondern auch solche, die eine Erkrankung haben, die unabwendbar zum Tod führt.

Als Terminus technicus ist der Begriff „Sterbehilfe“ vergleichsweise jung. Er hat sich im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte vor allem deshalb etabliert, weil es nicht möglich war, den seit der Antike üblichen Begriff der „Euthanasie“ (übersetzt: der gute Tod) von der automatischen Verknüpfung mit der Erinnerung an die geplante und auch realisierte systematische Vernichtung missgebildeter, geistig oder körperlich schwerkranker oder aus anderen Gründen für „lebensunwert“ erklärter Personen durch den NS-Staat zu lösen. Der Begriff „Sterbehilfe“ erwies sich im Vergleich zum Begriff „Euthanasie“, der in den Auseinandersetzungen außerhalb Deutschlands unbedenklich weiterverwendet wird, als weniger belastet. Darüber hinaus empfahl er sich auch deshalb, weil der Wortteil „-hilfe“ den Bedeutungsumfang nicht von vornherein auf medizinische Interventionen beschränkt, sondern Platz lässt für die diversen Formen psychischer, sozialer und seelsorglicher Unterstützung.

Andererseits ist der Begriff „Sterbehilfe“ nicht eindeutig, insofern er die Grundausrichtung der Hilfe für den Sterbenden nicht festlegt. Er lässt nämlich offen, ob Hilfe beim bzw. im Sterben gemeint ist oder Hilfe zum Sterben. Ethisch und rechtlich macht es aber evidentermaßen einen Unterschied, ob einem Sterbenden bzw. einem Todkranken ein Mittel verabreicht wird, damit seine Schmerzen gelindert werden oder damit sein Sterben beschleunigt wird.

Um die Grenzlinien zwischen erlaubter und verbotener bzw. zwischen nichtstrafbarer und strafbarer Sterbehilfe zu markieren, wird verbreitet zwischen mehreren Arten von Sterbehilfe unterschieden: direkter oder aktiver Sterbehilfe, indirekter Sterbehilfe, passiver Sterbehilfe und Sterbebegleitung oder Sterbebeistand (manchmal auch „reine Sterbehilfe“ genannt). Dabei hat die Klassifizie-

rung durch das Gegensatzpaar „direkt – indirekt“ das Handlungsziel im Blick, macht also eine Aussage darüber, ob die Verkürzung des Lebens eines Patienten bzw. einer Patientin der Hauptzweck der Intention ist („direkt“) oder lediglich als ungewollte Folge Schmerz bekämpfender Maßnahmen in Kauf genommen („indirekt“) wird. Die Charakterisierung durch das Gegensatzpaar „aktiv – passiv“ hingegen bezieht sich auf die Art und Weise zu handeln, sagt also, ob das Ziel, das Sterben so kurz wie möglich zu gestalten, durch ein Tun, also durch einen zielbezogenen Einsatz von tötenden Mitteln („aktiv“), oder durch ein Unterlassen lebenserhaltender Maßnahmen („passiv“) bewirkt wird.

Demnach sind folgende Typen von Sterbehilfe zu unterscheiden:

- Sterbehilfe in Gestalt eines gezielten aktiven Tuns mit der Absicht, durch die Tötungshandlung das Leiden zu beenden („direkte“ oder „aktive Sterbehilfe“). Dabei ist noch einmal zwischen zwei Konstellationen zu unterscheiden, nämlich, ob die Tötung auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten oder eigenmächtig erfolgt.
- Sterbehilfe in Gestalt der Schmerzbekämpfung mit möglicher, aber nicht beabsichtigter Lebensverkürzung als Nebenfolge („indirekte Sterbehilfe“)
- Sterbehilfe in Gestalt der Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen oder des Abbrechens einer bereits begonnenen Behandlung („passive Sterbehilfe“)
- Sterbehilfe in Gestalt der Sterbebegleitung ohne lebensverkürzende Wirkung („Sterbebegleitung“, „Sterbebeistand“). Diese umfasst sämtliche ärztlichen, schmerzlindernden und pflegerischen Maßnahmen („Basispflege“) sowie alle Formen des psychosozialen, mitmenschlichen und seelsorglichen Beistands.
- Sterbehilfe in Gestalt der Beihilfe zur frei gewollten Selbsttötung von Patienten („assistierter Suizid“).

Die Unterscheidung dieser fünf Typen von Sterbehilfe ist für die ethische Bewertung und die strafrechtliche Normierung des Lebensschutzes am Ende des Lebens etabliert. In der praktischen Anwendung erlaubt sie eine Grobeinschätzung von Eingriffen am Ende des Lebens. Sie gibt aber weder theoretisch noch praktisch eine Antwort auf die Frage, wie sich aktive von passiven und direkte von indirekten Maßnahmen der Sterbehilfe zweifelsfrei abgrenzen lassen. Sie macht auch nicht Einwände gegenstandslos, die darauf abheben, dass diese Unterscheidungen bei ihrer konkreten Anwendung gegen subjektive Ermessensurteile (so ist etwa das Abschalten eines Respirators ein aktives Tun, gleichwohl kommt es einem Unterlassen gleich) und Missbrauchsmöglichkeiten

(etwa die Überdosierung von Schmerzmitteln) nicht völlig gesichert seien.

Da nachweislich auch viele Ärzte Schwierigkeiten haben, diese Unterschiede im Umgang mit schwierigen Entscheidungen bei Sterbenden zweifelsfrei anzuwenden, und da Lebensverkürzung als zwangsläufige Nebenfolge der Gabe von wirksamen schmerzlindernden Mitteln heute nur noch in seltenen Fällen vorkommt, wird von ärztlicher Seite gelegentlich der Vorschlag gemacht, auf die Begriffe indirekte und passive Sterbehilfe ganz zu verzichten und stattdessen den Begriff der „Therapieziel-Änderung“ zu verwenden. Er steht für die Entscheidung, dass das Ziel des ärztlichen Handelns nicht mehr die Besserung des Gesamtzustands sein kann bzw. auf Wunsch des Patienten sein soll und sich die Therapie deshalb ausschließlich auf die Linderung der Beschwerden zu konzentrieren hat. Erst wenn diese Entscheidung getroffen sei, stelle sich die Frage nach den Mitteln, die zum Erreichen des Behandlungszieles im Sinne des Patienten angewendet bzw. unterlassen werden sollen.

II. Medizinische Rahmenbedingungen

Arzt

Richtschnur für alles ärztliche Handeln ist der Grundsatz, zum Besten des Patienten beizutragen (*salus aegroti suprema lex*).

Im Regelfall und grundsätzlich bedeutet dies die Ausrichtung ärztlichen Handelns auf die Wiederherstellung der Gesundheit und die Erhaltung des Lebens¹³. Im Fall einer qualvoll zum Tod führenden Erkrankung bedeutet das Beste aber nicht notwendig: hin zum Leben, sondern kann auch: hin zum Sterben in Würde heißen. In derartigen Fällen spricht man von einer Änderung des Therapieziels¹⁴, um auszudrücken, dass anstelle der Lebensverlängerung die Verbesserung der Lebensqualität für den Patienten (und auch für seine Angehörigen) zum vorrangigen Ziel der medizinischen Bemühungen wird.

Es ist klar, dass eine Behandlung fortgesetzt werden muss, wenn der Patient die Lebensverlängerung ausdrücklich wünscht oder der Wunsch, die Behandlung der Grunderkrankung abzubrechen, nicht festgestellt werden kann. Es besteht aber keine Pflicht seitens des Arztes für eine Verlängerung des sterbenden Lebens um jeden Preis, das heißt unter Ausschöpfung des ganzen intensivmedizinischen Behandlungsarsenals. Ein Patient, dessen Krankheit unumkehrbar zum Tod führt, darf sterben, wenn es sein Wille ist, dass keine lebensverlängernden Maßnahmen mehr durchgeführt werden, da sie nicht mehr zielführend zur Genesung sind¹⁵.

Handelt es sich nicht um eine chronisch progredierende, zum Tod führende Erkrankung, sondern hat ein akutes Ereignis wie schwerer Unfall, Schlag-

anfall oder Herzinfarkt zu einem noch nicht abschätzbaren Zustand geführt, muss durch Kommunikation mit dem Patienten, durch Kenntnisnahme einer vorhandenen Patientenverfügung und/oder Einbeziehung des Bevollmächtigten sowie durch Kontakte mit Angehörigen eine Entscheidung darüber getroffen werden, ob weitere kausale Therapien angesetzt werden sollen.

Gegenüber berechtigter Kritik an der Tradition des ärztlichen Paternalismus und dem dieser Kritik korrespondierenden Zuwachs an Hochschätzung der Patientenautonomie ist festzuhalten, dass das Berufsbild des Arztes auch nicht auf die Rolle eines Dienstleisters reduziert werden darf. Obschon auf das Wohl des Patienten verpflichtet, ist der Arzt immer zugleich Treuhänder der Interessen der anderen Patienten, des Pflegepersonals, des Trägers der medizinischen Einrichtung, des Gesundheitssystems und auch der Rechtsgemeinschaft.

Infolgedessen muss der Patient auch Beschränkungen seiner Selbstbestimmung hinnehmen. Solche Beschränkungen sind evidentermaßen die geltenden Gesetze (z. B. Strafgesetzbuch, Arzneimittelgesetz), der Leistungskatalog der Krankenkassen, die vertraglichen Vereinbarungen mit der Einrichtung, der Versorgungsanspruch von Mitpatienten.

In einzelnen, nach Möglichkeit jedoch zu vermeidenden Fällen kann eine Behandlungsbegrenzung auch einseitig durch den Arzt erfolgen, wenn zweifelsfrei feststeht, dass eine verlangte Lebenserhaltungsmaßnahme medizinisch sinnlos ist. Ausschlaggebende Kriterien für die Feststellung dessen, was in der gegebenen Situation „medizinisch sinnlos“ ist, sind die Feststellung der Unheilbarkeit und des Progredierens der Grundkrankheit, unmittelbare Todesnähe und der Stand der medizinischen Kunst.

Ärzte dürfen auch nicht von Patienten zu Handlungen verpflichtet werden, die sie mit ihrem persönlichen Gewissen nicht vereinbaren können. Die Basisversorgung, die Schmerzlinderung und die Zuwendung zum Sterbenden dürfen durch eine solche Weigerung allerdings nicht eingeschränkt werden.

Es gehört zu den Voraussetzungen seiner Berufsausübung, dass der Arzt die Gewissheit hat, nicht für alles Schwere des Lebens eines Patienten, insbesondere für die Schwere der Krankheit und die Unabwendbarkeit des Sterbenmüssens, verantwortlich gemacht zu werden. Überzogene Erwartungen an das medizinisch Mögliche und die unvermeidliche Enttäuschung über den Verlauf einer tödlichen Krankheit von Seiten Angehöriger sollten den Arzt nicht dazu verleiten, um der bloßen Rücksicht auf derartige Gefühle willen oder gar zur Absicherung gegen juristische Maßnahmen Behandlungsmöglichkeiten anzuwenden, von deren medizinischer Sinnlosigkeit er überzeugt ist. Ebenso sollten tunlichst Maßnahmen unterbleiben, die medizinisch nicht indiziert sind, aber der Auslastung vorgehaltener Kapazitäten dienen könnten.

Pflegepersonal

Auch die Mitglieder des Pflegepersonals sind wie der Arzt an den Willen des Patienten gebunden.

Da die Mitglieder des Pflegepersonals zusätzlich auch an die Anweisungen des behandelnden Arztes gebunden sind, kann es zu Differenzen zwischen dem Arzt, der bestimmte Maßnahmen der Sterbehilfe angeordnet hat, und denen, die die Pflegemaßnahmen durchzuführen haben, in der Einschätzung des für den Patienten Besten kommen.

In derartigen Fällen sollte für Pflegende eine Möglichkeit bestehen, nicht an Maßnahmen mitwirken zu müssen, die sie nicht mit ihrem persönlichen Gewissen vereinbaren können. Dies darf allerdings nicht zu Lasten einer ausreichenden Grundversorgung des Patienten geschehen.

Träger von Krankenhäusern und Heimen

Es ist in einem weltanschaulich pluralistischen Gemeinwesen legitim, dass Kranken-, Pflege-, Palliativ- und Hospizeinrichtungen eine religiöse oder weltanschauliche Ausrichtung haben dürfen. Diese ist zu achten, soweit sie mit den verfassungsmäßig garantierten Persönlichkeitsrechten (das Recht auf freie Selbstbestimmung des Patienten eingeschlossen) und den geltenden Gesetzen vereinbar ist. Mit Ausnahme akuter Notfälle kann eine Einrichtung die Aufnahme eines Patienten davon abhängig machen, dass dieser sich mit der spezifischen Ausrichtung ihrer Arbeit einverstanden erklärt.

III. Rechtslage und rechtspolitische Diskussion zur Sterbehilfe

Rechtslage

Die bestehende Rechtslage ist geprägt durch das Spannungsverhältnis zwischen dem verfassungsrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrecht des Menschen und dem strafrechtlichen Tötungsverbot, das sich ebenfalls aus der Verfassung ergibt. Dieses Spannungsverhältnis bestimmt auch die bestehenden Zweifels- und Streitfragen zur Reichweite des strafrechtlichen Tötungsverbots, die nicht nur bei Ärzten und Betroffenen zu Unsicherheit führen, sondern auch bei Juristen. Im Jahre 2005 hat ein Zivilsenat des BGH erklärt, die „strafrechtlichen Grenzen einer Sterbehilfe im weiteren Sinn“ seien „bislang nicht hinreichend geklärt“ (BGH NJW 2005, 2385).

Die Eckpunkte sind allerdings klar.

Wer einem Kranken etwa ein Gift oder eine Überdosis eines Medikaments verabreicht und dadurch sein Leben beendet, um ihm weiteres Leiden zu ersparen, wird wegen Totschlags (§ 212 StGB) zu einer Freiheitsstrafe von 5 Jahren bis 15 Jahren verurteilt. Solche Fälle, die in den letzten Jahren gelegentlich vorkamen (Wuppertal, Kempten, Berlin), werfen nach geltendem Recht keine besonderen Probleme auf.

Auch die einverständliche Fremdtötung ist strafbar. Gibt der Arzt einem unheilbar Kranken auf dessen ernstliche Bitte z. B. eine tödliche Spritze, so wird er in Deutschland nach § 216 StGB wegen Tötung auf Verlangen mit Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis 5 Jahren verurteilt. Abweichende Regelungen bestehen bekanntlich in Belgien und den Niederlanden.

Dagegen ist die Selbsttötung und in der Folge auch die Beihilfe zur Selbsttötung in Deutschland grundsätzlich nicht strafbar. Auch insoweit bestehen im Ausland, z. B. in Großbritannien, teilweise andere Regelungen. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) hat im Fall der Engländerin Diane Pretty entschieden, dass die britische Regelung mit der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vereinbar ist (EGMR NJW 2002, 2851).

Jenseits dieser Eckpunkte beginnen die Zweifelsfragen, die durch die obergerichtliche Rechtsprechung nur teilweise geklärt sind.

Indirekte Sterbehilfe

Führt die Behandlung eines Sterbenden mit Schmerz lindernden Medikamenten als nicht beabsichtigte, aber unvermeidbare Nebenfolge zu einer Lebensverkürzung, so besteht keine Strafbarkeit wegen eines Tötungsdelikts. Das hat der BGH 1996 im sog. Dolantin-Fall entschieden (BGHSt. 42, 301, 305: „Die Ermöglichung eines Todes in Würde und Schmerzfreiheit gemäß dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen ist ein höherwertiges Rechtsgut als die Aussicht, unter schwersten Vernichtungsschmerzen noch kurze Zeit länger leben zu müssen.“).

Keine obergerichtliche Rechtsprechung gibt es bisher für die Fälle, dass bei tödlich Kranken der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat oder dass es nicht um Schmerzbekämpfung geht, sondern um andere Leidenszustände wie z. B. Atemnot mit Erstickungsängsten. Diese Fälle harren deshalb der Klärung.

Passive Sterbehilfe

Keine strafbare Tötung liegt nach der Rechtsprechung ferner vor, wenn im Einklang mit dem erklärten oder mutmaßlichen Willen des todkranken Patienten von der Einleitung oder Weiterführung einer lebensverlängernden Behandlung, z. B. einer künstlichen Beatmung oder Ernährung, abgesehen wird. Dies

hat das LG Ravensburg (LG Ravensburg, NStZ 1987, 229) schon 1985 im Fall einer an amiotropher Lateralsklerose erkrankten, im Sterben liegenden Frau entschieden. Im Jahr 1994 hat der BGH im sog. Kemptener Fall (BGHSt 40, 257) bei einer Frau, die an einem ausgeprägten hirnorganischen Psychosyndrom im Rahmen einer präsenilen Demenz mit Verdacht auf Alzheimer-Erkrankung litt und die nach einem Herzstillstand irreversibel schwerst hirngeschädigt und nicht mehr ansprechbar war, die Einstellung der künstlichen Ernährung durch den behandelnden Arzt und den Sohn für strafrechtlich unbedenklich gehalten, wenn ein dahingehender mutmaßliche Wille der Patientin festgestellt werden könne, was das Tatgericht nach Zurückverweisung letztlich bejaht hat und damit zum Freispruch kam. In unmittelbarer Todesnähe befand sich diese Patientin, solange sie künstlich ernährt wurde, nicht.

Trotzdem meinte ein Zivilsenat des BGH (BGHZ 154, 205, 215) im Jahr 2002, dass nach dieser Entscheidung für eine Einstellung einer lebensverlängernden Behandlung entsprechend dem Willen des Patienten „kein Raum sei, wenn das Grundleiden des Patienten noch keinen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat“.

Es bedarf deshalb der Klärung, ob passive Sterbehilfe nur dann straflos ist, wenn der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, oder ob es ausreicht, dass eine schwere, unheilbare Krankheit vorliegt.

Für Diskussionen hat auch die Entscheidung eines Zivilsenats des OLG München (OLG München NJW 2003, 1743) gesorgt. Nach einem missglückten Selbstmordversuch hatte ein 37-jähriger Mann 4 Jahre ohne Bewusstsein in einem Pflegeheim gelegen. Als der Arzt auf Bitte des Vaters, der zum Betreuer bestellt war, die Einstellung der künstlichen Ernährung anordnete, weigerte sich das Pflegepersonal. Es können ihm nicht zugemutet werden, den Mann „verhungern“ zu lassen. LG und OLG gaben ihnen Recht. Aus dem Heimvertrag ergebe sich keine Verpflichtung, an einer Lebensbeendigung mitzuwirken. Den Pflegekräften stehe gegenüber einem solchen Begehren auch ein auf Art. 1, 2, 4 GG gestütztes Weigerungsrecht zu.

Die Frage eines solchen Weigerungsrechts sollte wie im Falle des Schwangerschaftsabbruchs (vgl. § 12 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz) durch den Gesetzgeber entschieden werden.

Assistierter Suizid

Die nach der Gesetzeslage grundsätzlich bestehende Strafflosigkeit der Beihilfe zum Suizid, sei es durch aktive Unterstützung, sei es durch Geschehenlassen des Selbstmords, erfährt nach der Rechtsprechung wichtige Ausnahmen. Nach Auffassung des BGH (BGHSt 6, 147) ist die durch einen Selbstmordversuch herbeigeführte Gefahrenlage als Unglücksfall im Sinne des Straftatbestands

gegen unterlassene Hilfeleistung (§ 323 c StGB) anzusehen mit der Folge, dass bei Erforderlichkeit und Zumutbarkeit der Hilfeleistung grundsätzlich jedermann unter Strafdrohung zum rettenden Einschreiten verpflichtet ist. Noch weiter reicht die strafrechtliche Inpflichtnahme bei sog. Garanten im Sinne des § 13 StGB, also z. B. nahen Angehörigen und behandelnden Ärzten. Sie sind nach der Rechtsprechung von dem Augenblick an, in dem der Suizident die Herrschaft über das Geschehen verloren hat, in der Regel also ab Eintritt der Bewusstlosigkeit, wegen eines Tötungsdelikts strafbar, wenn sie nicht Hilfe leistend eingreifen. Das gilt auch in den nach den Erkenntnissen der Suizidforschung eher seltenen Fällen eines freiverantwortlichen Suizids.

Der BGH (BGHSt 32, 367) hat dies im Jahre 1984 im Falle des Arztes Dr. Wittig entschieden, der eine 76-jährige schwer kranke Patientin, die nach dem Tod ihres Mannes nicht mehr leben wollte, bei einem verabredeten Hausbesuch bewusstlos antraf, weil sie in suizidaler Absicht eine Überdosis Morphium eingenommen hatte. Die Patientin hatte schon vorher den Wunsch geäußert zu sterben; jetzt hatte sie einen Zettel in der Hand, auf den sie geschrieben hatte: „An meinen Arzt – bitte kein Krankenhaus – Erlösung“. Auf einem anderen in der Wohnung befindlichen Zettel stand „Ich will zu meinem Peterle“ (ihr verstorbener Mann). Der Arzt unterließ eine Krankenhauseinweisung, vielmehr blieb er bis zu dem 12 Stunden später eintretenden Tod bei der Patientin. Zu einem Freispruch von Dr. Wittig kam es nur, weil ihm nicht nachzuweisen war, dass eine Krankenhauseinweisung noch Erfolg gehabt hätte, und weil ihm auch nicht nachzuweisen war, dass er von einem Erfolg der Einweisung ausging; letzteres war wichtig wegen einer möglichen Strafbarkeit wegen Versuchs.

In einer späteren Entscheidung hat ein anderer Strafsenat des BGH (BGH NStZ 1988, 127) zwar bemerkt, er neige dazu, „einem ernsthaften, freiverantwortlich gefassten Selbsttötungsentschluss eine stärkere rechtliche Bedeutung zuzumessen“, als dies in der Wittig-Entscheidung geschehen, doch ist es zu einer Wende in der Rechtsprechung bisher nicht gekommen.

Im Falle des Arztes Dr. Hackethal, der einer schwerstkranken, lebensmüden Patientin auf ihr Verlangen Gift zur Verfügung gestellt hatte, kam es nur deshalb nicht zu einer Verurteilung, weil das Gift (Kaliumzyanid) sehr rasch wirkte und dem Arzt nicht nachzuweisen war, dass er die trotzdem gegebene Rettungsmöglichkeit erkannte (vgl. OLG München, NJW 1987, 2940).

Angesichts der wissenschaftlichen Kritik an dieser Rechtsprechung besteht Klärungsbedarf bezüglich Voraussetzungen und Grenzen der Rettungspflicht angesichts eines Suizids.

Rechtspolitische Diskussion

An der geschilderten obergerichtlichen Rechtsprechung orientiert sich die Rechtspraxis. In der rechtswissenschaftlichen und rechtspolitischen Diskussion werden vielfach abweichende Positionen vertreten. Die Zahl der Stellungnahmen ist praktisch unübersehbar. Schon 1986, als sich der 56. Deutsche Juristentag mit dem „Recht auf den eigenen Tod“ befasste, wurde das Ausmaß der vorliegenden Literatur als „geradezu beängstigend“ (Otto, Gutachten D zum 56 DJT, D 90) bezeichnet. Seitdem sind viele Stellungnahmen, auch Stellungnahmen wichtiger Gremien und Kommissionen, dazu gekommen, bis hin zu den im September 2006 gefassten Beschlüssen des 66. Deutschen Juristentags zum Thema „Patientenautonomie und Strafrecht bei der Sterbebegleitung“. Es kann nachfolgend nur darum gehen, einige neuere Stellungnahmen angesehener Gremien in Stichworten zu skizzieren, damit der aktuelle Diskussionsstand einigermaßen deutlich wird.

Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz (2004)

Die Fragen der aktiven, der passiven und der indirekten Sterbehilfe sind gesetzlich zu regeln.

Bei Patienten mit aussichtsloser Prognose, die sich im Endstadium der Krankheit (aber nicht notwendig im Sterbeprozess) befinden, ist passive und indirekte Sterbehilfe entsprechend dem Patientenwillen zuzulassen; der Patient hat einen Anspruch darauf. Aktive Sterbehilfe ist weiterhin strafrechtlich zu verbieten; für extreme Ausnahmefälle, in denen palliative Maßnahmen ein als unerträglich empfundenenes Leiden nicht lindern können, sollte der Gesetzgeber ein Absehen von Strafe ermöglichen. Unabhängig davon sind Therapiebegrenzungen, die der Patient wünscht oder auch in einer wirksamen Patientenverfügung angeordnet hat, zu beachten, so etwa bei Wachkomapatienten. In den Fällen des Suizids sollte die strafrechtliche Rettungspflicht entfallen, wenn der Suizident eindeutig auf Hilfe verzichten wollte. Das standesrechtliche Verbot der ärztlichen Beihilfe zur Selbsttötung sollte grundsätzlich beibehalten, aber für die Fälle gelockert werden, in denen unheilbare und unerträgliche Leiden nicht mehr zu lindern sind. Gewinnorientierte Mitwirkung am Selbstmord sollte unter Strafe gestellt werden.

Arbeitsgruppe Bundesministerium der Justiz (BMJ) – Kutzer-Kommission (2004)

Eine Regelung im Strafrecht ist angezeigt. Sie kann sich auf die Klarstellung beschränken, dass die Anwendung einer medizinisch angezeigten leidmindernden Maßnahme, die das Leben als nicht beabsichtigte Nebenwirkung ver-

kürzt, nach § 216 StGB ebenso wenig strafbar ist wie das Unterlassen oder Beenden einer lebenserhaltenden medizinischen Maßnahme entsprechend dem Willen des Patienten.

Alternativentwurf Sterbebegleitung (2005)

Eine gesetzliche Regelung ist erforderlich. Ohne Begrenzung auf ein bestimmtes Stadium der Krankheit ist ein Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen nicht strafbar, wenn es dem wirklichen Willen des Patienten, auch dem in einer Patientenverfügung geäußerten Willen, oder dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Indirekte Sterbehilfe in Übereinstimmung mit dem Patientenwillen ist bei tödlich Kranken nicht strafbar. Das Unterlassen der Rettung eines Suizidenten ist nicht strafbar, wenn der Selbstmord auf einer freiverantwortlichen, ernstlichen Entscheidung beruht. Unterstützung einer Selbsttötung aus Gewinnsucht soll unter Strafe gestellt werden. Die standesrechtliche Missbilligung des ärztlich assistierten Selbstmords soll für die Fälle eines unheilbaren und unerträglichen Leidens gelockert werden. Zur Verhinderung von Missbrauch sollen gesetzliche Dokumentationspflichten geschaffen werden.

Nationaler Ethikrat (2006)

Ärzte, Pflegende und Angehörige sollten gemäß dem Willen des Patienten, auch dem in einer Patientenverfügung niedergelegten oder sonst verlässlich zu ermittelnden Willen, lebenserhaltende Maßnahmen unterlassen, begrenzen oder beenden dürfen, ohne strafrechtliche oder berufsrechtliche Sanktionen befürchten zu müssen. Am strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen ist festzuhalten; bei Handeln aus Gewissensnot zur Beendigung eines Leidenszustandes ist ein Absehen von Bestrafung angezeigt. Bezüglich des Suizids ist der Nationale Ethikrat mehrheitlich der Auffassung, dass auch Garanten von einer Rettung ohne strafrechtliches Risiko sollen absehen können, wenn der Suizident schwer krank ist und die Selbsttötung aufgrund eines ernsthaft bedachten Entschlusses erfolgt und der Betroffene eine Rettung ablehnt. In der Frage des ärztlich assistierten Selbstmords ist der Nationale Ethikrat gespalten. Viele Mitglieder lehnen eine Lockerung des berufsrechtlichen Verbots ab, andere wollen ihn bei unerträglichen, nicht heilbaren Leidenszuständen zulassen. Überwiegend wird eine organisierte Beihilfe zur Selbsttötung abgelehnt; gegebenenfalls solle ein strafrechtliches Verbot erwogen werden. Einmütig wird ein strafrechtliches Verbot jedenfalls gegen gewinnorientiert betriebene Beihilfe zur Selbsttötung gefordert.

Deutscher Juristentag (66. Juristentag 2006)

Eine gesetzliche Regelung im Strafrecht ist notwendig. Das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen gemäß dem Willen des Patienten, auch dem in einer Patientenverfügung ausgedrückten Willen oder gemäß dem mutmaßlichen Willen des Patienten ist straflos. Bei tödlich Kranken (nicht nur bei Sterbenden) ist indirekte Sterbehilfe nicht strafbar. Eine Lockerung des strafrechtlichen Verbots der Tötung auf Verlangen ist abzulehnen. Nicht soll bestraft werden, wer in Kenntnis der Freiverantwortlichkeit einer Selbsttötung diese nicht verhindert oder eine nachträgliche Rettung unterlässt. Dies soll auch für Personen mit Garantenstellung gelten. Gewinnsüchtige Förderung der Selbsttötung, nicht aber schon geschäftsmäßige Förderung soll strafbar sein. Das standesrechtliche Verbot des ärztlich assistierten Selbstmords sollte für Fälle unheilbarer und unerträglicher Leidenszustände gelockert werden.

Zusammenfassung

Alle zitierten Stellungnahmen fordern eine gesetzliche Regelung im Strafrecht. Hinsichtlich des Inhalts einer solchen Regelung besteht weitgehend, aber nicht vollständig Übereinstimmung. Indirekte Sterbehilfe soll bei tödlich Kranken, auch wenn der Sterbeprozess noch nicht eingesetzt hat, ausdrücklich zugelassen werden. Ebenso soll passive Sterbehilfe bei unheilbar Kranken gemäß dem Willen des Patienten, der auch in einer Patientenverfügung geäußert sein kann, oder gemäß dem mutmaßlichen Willen des Patienten straffrei gestellt werden und zwar ohne Beschränkung auf den Fall, dass die Krankheit einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat. Am strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen ist festzuhalten. Teilweise wird gefordert, für den Fall eines als unerträglich empfundenen, nicht zu lindernden Leidens die Möglichkeit eines Absehens von Strafe im Gesetz vorzusehen. Für den Fall eines freiverantwortlichen, auf ernstlicher Entscheidung beruhenden Suizids soll klargestellt werden, dass strafrechtlich keine Rettungspflicht besteht, auch nicht für sogenannte Garanten wie Ärzte und Angehörige. Für manche ist dafür allerdings Voraussetzung, dass der Suizident schwer krank ist. Gewinnsüchtige Förderung des Suizids soll unter Strafe gestellt werden; teilweise wird dies auch schon für die geschäftsmäßige Förderung verlangt. Umstritten ist, ob das standesrechtliche Verbot der ärztlich assistierten Selbsttötung gelockert werden soll. Für Fälle unheilbarer und unerträglicher Leidenszustände wird dies teilweise gefordert. Teilweise wird vorgeschlagen, besondere ärztliche Dokumentationspflichten als Sicherung gegen Missbrauch gesetzlich vorzusehen.

IV. Internationale Lage zur Sterbehilfe

Die gesetzlichen Regelungen und die Rechtspraxis zur Sterbehilfe weichen in den europäischen Ländern und den USA teilweise erheblich voneinander ab. Daraus ergeben sich konsequenterweise auch unterschiedliche Akzente in den rechtspolitischen und gesellschaftlichen Debatten.

Das Verbot der aktiven Sterbehilfe ist wie im deutschen Strafrecht auch in den Rechtsordnungen anderer europäischer Staaten verankert. Das gilt z. B. für Frankreich, Italien, Österreich und die Schweiz. In Frankreich wurde dies nach intensiver Diskussion erst jüngst, durch Gesetz vom 13. April 2005, bekräftigt. Die Parlamentarische Versammlung des Europarats hat in der Empfehlung 1418 vom 15.6.1999 über den Schutz der Menschenrechte und der Würde der Todkranken und Sterbenden ausgesprochen, dass der Wunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben niemals eine gesetzliche Rechtfertigung für Handlungen darstellen könne, deren Ziel die Herbeiführung des Todes ist.

Auch in Belgien und in den Niederlanden besteht ein strafrechtliches Verbot der aktiven Sterbehilfe; in den Niederlanden ist zudem Anstiftung und Beihilfe zum Suizid unter Strafe gestellt. In beiden Ländern bestehen aber seit dem Jahre 2002 gesetzliche Regelungen, die die Tötung eines Patienten, dessen Zustand aussichtslos ist und der unerträglich leidet, durch den Arzt auf Verlangen des Patienten straffrei stellen, wenn bestimmte Verfahrensvoraussetzungen eingehalten sind. Gleiches gilt in den Niederlanden für die ärztliche Beihilfe zum Suizid.

Nach dem niederländischen Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung sind folgende Verfahrensvoraussetzungen normiert: Es muss ein zweiter unabhängiger Arzt zugezogen werden, der den Patienten untersucht und schriftlich bestätigen muss, dass der Patient freiwillig und nach reiflicher Überlegung seinen Tod begehrt, ferner dass der Zustand des Patienten aussichtslos und sein Leiden unerträglich ist, weiterhin dass der Patient über seine Situation und Aussichten aufgeklärt ist und dass schließlich der handelnde Arzt gemeinsam mit dem Patienten zu der Überzeugung gelangt ist, dass es für dessen Situation keine andere annehmbare Lösung gibt. Regional sind interdisziplinär besetzte Kommissionen eingerichtet, denen die einschlägigen Fälle zu melden sind und die im Nachhinein kontrollieren, ob die gesetzlichen Voraussetzungen einer Tötung auf Verlangen oder einer Beihilfe zur Selbsttötung durch den Arzt eingehalten wurden.

Ähnlich sind die Verfahrensvoraussetzungen in Belgien nach dem Gesetz zur Sterbehilfe geregelt. Auch in Belgien muss ein zweiter Arzt hinzugezogen werden, unter bestimmten Voraussetzungen auch noch ein dritter Arzt. Auch dort findet im Nachhinein eine Kontrolle durch eine interdisziplinäre Kommis-

sion statt. Ein wesentlicher Unterschied ist, dass in Belgien Minderjährige von der Sterbehilfe ausgeschlossen sind.

Ähnlich wie in Europa ist die Situation in den USA. Überwiegend sehen die amerikanischen Bundesstaaten ein gesetzliches Verbot der aktiven Sterbehilfe und auch der Beihilfe zur Selbsttötung vor.

Indirekte und passive Sterbehilfe werden in Europa weithin zugelassen oder jedenfalls nicht verfolgt, so in Frankreich, Österreich, Italien und der Schweiz, teilweise allerdings erst in jüngerer Zeit. Die erwähnte Empfehlung der Parlamentarischen Versammlung des Europarats von 1999 hat Vorkehrungen dagegen gefordert, dass der Sterbevergang eines Todkranken gegen dessen Willen verlängert wird, und forderte, dass todkranke oder sterbende Personen, außer wenn sie es anders wünschen, angemessene Schmerzlinderung und Palliativpflege erhalten, selbst wenn diese bei dem Patienten zu einer Lebensverkürzung beitragen. Die unterschiedlichen Auffassungen, die in den USA zur passiven Sterbehilfe bestehen, wurden im jüngsten öffentlichen Streit über den Fall der Wachkomapatientin Terri Schiavo deutlich.

Die Anstiftung und die Beihilfe zur Selbsttötung sind in vielen Staaten Europas strafrechtlich verboten, darunter wie gesagt auch in den Niederlanden, wo der ärztlich assistierte Suizid allerdings in die Regelung über die aktive Sterbehilfe durch den Arzt einbezogen ist. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat festgestellt, dass sich aus der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte kein Recht ergibt, mit Hilfe anderer zu sterben (EGMR, Urteil vom 29. April 2002 in der Sache Pretty/Vereinigtes Königreich, NJW 2002, 2851 ff.). Besonders beachtet wird in Deutschland die Rechtslage in der Schweiz, die in gewissem Umfang zu einem „Sterbetourismus“ nach Zürich geführt hat. Unter Strafe gestellt ist im Schweizer Strafgesetzbuch die Beihilfe zum Suizid nur, wenn sie aus „selbstsüchtigen Beweggründen“ geleistet wird. Darauf gestützt leisten die Sterbehilfeorganisationen Dignitas und Exit durch ehrenamtliche Helfer Beihilfe zur Selbsttötung. Auch Sterbewillige aus Deutschland machen hiervon Gebrauch.

Auch in den USA ist assistierter Suizid ganz überwiegend untersagt. Im Bundesstaat Oregon lässt das Death with Dignity Act ärztliche Hilfeleistung beim Suizid unter engen Voraussetzungen zu: Zwei Ärzte müssen feststellen, dass alle Therapiemöglichkeiten erschöpft sind und der Patient höchstens noch sechs Monate zu leben hat. Die Freiwilligkeit des Todeswunsches muss feststehen, er muss wiederholt geäußert werden. Eine Wartefrist ist einzuhalten.

V. Ethische Bewertung

Zeitgleich mit der Diskussion über den gesetzlichen Regelungsbedarf, ob und in welchem Umfang Sterbehilfe geleistet werden darf, findet in der akademischen Ethik eine intensive Debatte über die Entscheidungen statt, die im Rahmen medizinischer Behandlungen und der Begleitung von Angehörigen bei einer fortschreitenden zum Tode führenden Krankheit und am Lebensende anfallen und sich eventuell auf den Eintrittszeitpunkt des Todes auswirken können.

In dieser seit vielen Jahren geführten Debatte besteht eine weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der folgenden Grundsätze:

- Das Leben von Menschen darf nicht zum Gegenstand einer vorsätzlich gewollten Beendigung durch andere werden. Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, bedrohtes Leben zu erhalten, sofern der Patient mit der Behandlung einverstanden ist.
- Eine Verlängerung des Lebens, so lange wie sie durch intensivmedizinische oder operative Interventionen irgendwie möglich erscheint, das heißt: „um jeden Preis“, ist abzulehnen. Sie hinzunehmen fällt ebenso wenig unter eine ethisch begründbare Pflicht des Patienten, wie sie aufzuzwingen oder auch nur vorzuschlagen zum Berufsauftrag des Arztes gehört.
- Nicht nur die jeweiligen Angehörigen, sondern auch die Angehörigen der medizinischen Berufe sowie das Gesundheitssystem und letztlich die ganze Gesellschaft sind verpflichtet, dem Kranken und dem Sterbenden alles an wirksamer medizinischer Behandlung, Pflege und Fürsorge zukommen zu lassen, was dazu beiträgt, sein Leiden für ihn subjektiv erträglich zu machen. Diese Verpflichtung umfasst über die Schmerzlin-derung und die Basisversorgung hinaus auch die Berücksichtigung der psychischen Verfassung des Patienten (z. B. Ängste).

Bestehende Zweifel und Meinungsdivergenzen darüber, welche Maßnahmen zur unabdingbaren Versorgung gehören und welche unterlassen bzw. beendet werden dürfen, haben im Wesentlichen ihre Ursachen zum einen darin, dass heute im Zuge der fortschreitenden Möglichkeiten der Medizin lebenswichtige Körperfunktionen künstlich aufrechterhalten werden können, wo früher der Tod unabwendbar und rasch ein Ende gesetzt hat; zum anderen darin, dass ein Mensch auch als Kranker und Sterbender einen Anspruch auf Selbstbestimmung hat, der auch dann zu achten ist, wenn es um das Ergreifen bzw. Unterlassen bestimmter Maßnahmen geht.

Die einzelnen Prinzipien und die im Zusammenhang ihrer Anwendung auftauchenden Fragen des Helfens für die Sterbenden werden in den folgenden Abschnitten erläutert.

Verbot der Tötung auch von unheilbar Kranken

Der wohl schwerwiegendste Konflikt, der sich angesichts der Situation unheilbarer Krankheit und des Sterbens stellen kann, ist die Frage, ob es unter bestimmten Bedingungen ethisch gerechtfertigt sein könnte, einen Menschen, der unheilbar krank ist, zu töten. Es ist evident, dass Krankheit und Sterben niemanden dazu berechtigen können, das Leben eines Anderen durch gezielte Tötung oder Vorenthaltung möglicher medizinischer Hilfe zu beenden, und ihm damit die Voraussetzung aller personalen Vollzüge sowie auch sein Recht, über sich und sein Lebensschicksal so weit als möglich zu bestimmen, zu entziehen – selbst wenn das Motiv solchen Handelns die Befreiung von drückenden Schmerzen wäre.

Mitleid ist wie Hilfsbereitschaft eine unentbehrliche ethische Grundhaltung für den Umgang mit Kranken und Sterbenden. Zur Begründung einer bestimmten Handlung genügt sie allein freilich nicht, da auch die Angemessenheit von Mitteln und Zweck sowie die eventuellen Folgen der Handlung zu berücksichtigen sind.

Aber auch der moralischen Erlaubtheit einer einverständlichen oder von Patienten selbst gewünschten Tötung stehen massive Gründe entgegen. Sie beziehen sich abgesehen von spezifisch religiösen und weltanschaulichen Einwänden vor allem auf fünf Gefahren, die sich aus einer Freigabe ergeben könnten, nämlich:

- ein Nachlassen der Bemühungen um die Pflege todkranker Patienten;
- ein Verlust an Vertrauen, im Bedarfsfall das gewünschte Maß an Hilfe zu erfahren;
- die Entwicklung eines Erwartungsdrucks auf schwerkranke und alte Menschen, der sich gesellschaftlich oder familiär ergeben könnte;
- ein nicht kontrollierbarer Missbrauch für Fälle, in denen ein ernsthafter Sterbewunsch nicht vorlag;
- und schließlich die Tendenz zur Ausweitung, wenn man einmal damit begonnen hätte, aussichtsloses und unerträgliches Leiden als einen Ausnahmetatbestand anzuerkennen.

Zumindest die beiden zuletzt genannten Befürchtungen der Missbrauchbarkeit und der Ausweitung scheinen durch die Erfahrungen mit den Regelungen der Sterbehilfe in einzelnen Nachbarstaaten erhärtet zu werden.

Allerdings sind extreme Fälle eines unerträglichen Leidens vorstellbar, die auch bei Ausschöpfung aller anderen Möglichkeiten nur durch eine Tötung beendet werden können (schwerste Verkehrsunfälle, Kriegs- und Katastrophensituationen). Wegen ihrer Seltenheit bedürfen sie keiner allgemeinen Regelung, sondern können als außergewöhnliche Konfliktfälle, die einen Notstand begründen, eine angemessene Beurteilung finden (auch in der Rechtsprechung).

Das strikte Verbot der Tötung Schwerstkranker und Sterbender verlangt, dass den Betroffenen und ihren Angehörigen gewährleistet ist, dass sie mit ihrer Angst vor einem schmerzvollen Sterben, vor dem Alleinsein und dem Gefühl, einem medizinischen Betrieb ausgeliefert zu sein, der ihre Bedürfnisse ignoriert, ernst genommen werden und ihnen ermöglicht wird, dann in Würde zu sterben.

In der kritischen ethischen Diskussion über aktive Sterbehilfe und Tötung auf Verlangen wird häufig und unvermittelt die Parallele zum politischen Programm der Tötung unheilbar kranker und schwerbehinderter Menschen im NS-Regime bemüht, dem zwischen 1939 und 1941 zehntausende von Insassen von Heil- und Pflegeanstalten zum Opfer gefallen sind. Bei dieser Aktion, die durch die staatliche Propaganda der Bevölkerung als „Gnadentod“ im Interesse der betroffenen Individuen dargestellt wurde, handelte es sich in Wirklichkeit um einen Ausfluss der staatlich betriebenen „Rassenhygiene“ im Interesse der „Volksgesundheit“ und des Volksvermögens.

So notwendig die Verurteilung dieser anmaßenden staatlichen Praxis ist und so verständlich das daraus sich speisende Misstrauen gegenüber jeder Liberalisierungsbemühung ist, so muss doch im Interesse der Sachlichkeit der Argumentation darauf bestanden werden, dass die systematische Vernichtung für nicht lebenswert erklärter Menschen durch einen totalitären Staat gegen ihren Willen nichts gemein hat mit der diskutierten Tötung eines unheilbar kranken und leidenden Patienten auf dessen eigenen Wunsch.

Behandlungsbegrenzung

Pflicht des Arztes kann es nicht sein, das zu Ende gehende Leben mit allen medizinischen und technischen Mitteln, die der Intensivmedizin zur Verfügung stehen, zu verlängern. Da das Recht des Patienten auf Behandlungsfreiheit selbstverständlich auch für den Fall zum Tode führender Krankheit und des Sterbens gilt, kann das bedeuten, dass eine lebensverlängernde Maßnahme wie beispielsweise die Ernährung über eine Sonde, der Einsatz eines Respirators oder die Behandlung einer zum Grundleiden hinzugekommenen Krankheit nicht begonnen bzw., wenn sie schon eingeleitet war, abgebrochen wird. Maßgeblich für ein solches Unterlassen ist der Wille des Patienten, spätestens aber das Einsetzen des Sterbeprozesses.

Über die Erfordernisse der Gültigkeit der zugrunde liegenden Willensäußerung des Patienten (ausdrücklich, antizipiert für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit, mutmaßlich) und deren Widerrufbarkeit hat sich die Bioethikkommission in ihrer Stellungnahme zur Patientenverfügung vom 19. Mai 2006 ausführlich geäußert.

Bei der Behandlungsbegrenzung wird kein eigener Prozess durch den Arzt in Gang gesetzt, der auf Wunsch des Patienten dessen Tod unmittelbar herbeiführen würde, sondern lediglich darauf verzichtet, den natürlichen Verlauf der Krankheit zum Tod des Patienten durch eine weitere Intervention hinauszuzögern. Gegen die ethische Erlaubtheit der so umschriebenen Behandlungsbegrenzung wird gelegentlich der Vorwurf erhoben, dass das Einstellen einer bereits begonnenen Behandlung in vielen Fällen nur durch ein Tun (z. B. das Abstellen eines Geräts) bewirkt werden könne und dadurch die Grenzen zwischen töten und sterben lassen eines Patienten verwischt würden. Auch wenn zuzugestehen ist, dass der Unterschied zwischen Todesverursachung durch eine aktive Maßnahme und Verkürzung des Krankheitsverlaufs durch (aktives) Beenden einer Behandlung vom ersten Augenschein her nicht immer deutlich zu erkennen ist, besteht tatsächlich ein erheblicher Unterschied. Entsprechend dem in Abschnitt B. II. Gesagten darf der Arzt nicht zu Formen des Behandlungsverzichts gezwungen werden, die mit einem aktiven Tun verbunden sind, wenn er sie mit seinem persönlichen Gewissen nicht vereinbaren kann.

Mit dem Verzicht auf eine lebensverlängernde Behandlung ist die Pflicht des Arztes und des medizinischen Personals, die Leiden und Schmerzen des Patienten zu lindern, nicht einfach beendet. Vielmehr obliegt ihnen weiterhin, leidensmindernde und pflegerische Maßnahmen zu ergreifen, es sei denn, der Patient würde diesen insgesamt oder einzelnen von ihnen ausdrücklich widersprechen.

Im Blick auf diesen Sachverhalt scheinen die von ärztlicher Seite vorgeschlagenen Begriffe „Änderung des Therapieziels“ und „Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen“ präziser und weniger missverständlich als die in der ethischen und juristischen Literatur vorrangig benutzte Begrifflichkeit „passive Sterbehilfe“ und „Behandlungsabbruch“.

Optimierung der Möglichkeiten der Leidensminderung

Oberstes Ziel aller medizinischen Hilfen für den todkranken und sterbenden Patienten muss es sein, die mit diesen Situationen verbundenen Beschwerden – insbesondere Schmerzen, körperliche, psychische und emotionale Leiden – für ihn erträglich zu machen. Maßnahmen, die der wirksamen Behandlung von Schmerzen und Leidenszuständen dienen, sind ethisch verantwortbar, sofern sie nach dem Stand der ärztlichen Kunst angezeigt sind, auch dann wenn

sie mit dem Risiko verknüpft sind, dass dadurch die Zeit bis zum Eintritt des Todes verkürzt wird (in traditioneller Terminologie läge dann ein – heute selten gewordener – Fall von „indirekter Sterbehilfe“ vor). Eine Überdosis von schmerzlindernden Mitteln mit dem Ziel, dadurch den Tod rasch herbeizuführen, ist jedoch abzulehnen und fiel unter den Tatbestand der Tötung eines Kranken.

Die Möglichkeiten sowohl einer wirksamen Schmerzlinderung und Symptomkontrolle wie auch der pflegerischen Betreuung von Todkranken und Sterbenden in allen ihren Bedürfnissen sind in auf diese Ziele spezialisierten Einrichtungen und Abteilungen von Kliniken besser als in der üblichen klinischen und ärztlichen Betreuung realisierbar. Daher ist der bedarfsgerechte Aufbau entsprechender Kapazitäten ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Möglichkeiten, in Würde zu sterben.

Näheres dazu wird in Teil C. dieser Stellungnahme ausgeführt.

Der Ausbau eines Versorgungssystems zur optimalen Schmerz- und Symptomlinderung sowie zur ganzheitlichen Betreuung im Sterbeprozess ist auch deshalb ein wichtiges gesundheitspolitisches Anliegen, weil empirische Befragungen darauf schließen lassen, dass ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen dem in der Bevölkerung verbreiteten Wunsch nach der Möglichkeit aktiver Sterbehilfe und der im Bedarfsfall realisierbaren Inanspruchnahme effektiver Schmerz- bekämpfung für alle besteht: Die Forderung nach Legalisierung der aktiven Sterbehilfe nimmt ab, wenn das Angebot an palliativer Medizin und wirksamer Schmerzbehandlung zunimmt und für alle erreichbar erscheint.

Mitwirkung beim Suizid

Unbestreitbar kann auch der Suizid Ausdruck und Entschluss des Willens eines Menschen sein, dass angesichts einer zum Tode führenden Krankheit oder eines mit starken Schmerzen verbundenen Sterbenmüssens der Tod vorzugswürdiger ist als ein Weiterleben. Die Möglichkeit, so zu entscheiden, gehört zur Freiheit des Menschen. Viele Menschen lehnen aus religiösen und ethischen Gründen die Selbsttötung als Ausweg aus einer Konfliktsituation ab. Vor dem Hintergrund des verfassungsrechtlich verankerten Selbstbestimmungsrechts des Menschen muss sie aber hingenommen werden, sofern sie Ausdruck freier und bewusster Selbstbestimmung ist; das schließt nicht ein, dass sie auch gebilligt werden müsste.

Nach Erkenntnissen der Suizidforschung liegen diese Bedingungen der freien und überlegten Selbstbestimmung in den meisten Fällen von Suizidhandlungen allerdings nicht vor: Suizide sind häufig Lösungsversuche und damit Ausdruck einer verzweifelten, scheinbar nicht lösbaren menschlichen Konfliktsituation oder auch ein besonders dramatisches Mittel, um auf die eigene Notlage aufmerksam zu machen und um Hilfe zu bitten.

Infolgedessen könnte die Respektierung eines Entschlusses zum Suizid als Ausdruck freier Selbstbestimmung auch die Verpflichtung einschließen, eine mögliche Verhinderung und Rettung allenfalls dann zu unterlassen, wenn sichergestellt wäre, dass es sich in dem betreffenden Fall um eine freie und gründlich erwogene Entscheidung handelt. Das widerspricht jedoch der geltenden Rechtslage (siehe Abschnitt B. III. 1.).

Um Suizidwillige mit ihren (vermeintlichen) Wünschen vor überstürzten Reaktionen, falschen Einschätzungen und vorschnellen Interpretationen durch Personen, die Hilfe leisten könnten, zu schützen, dürfen in der Situation der medizinischen und psychosozialen Begleitung von Personen in schwerer, zum Tod führender Krankheit und während des Sterbens Maßnahmen zur Rettung im Falle einer beabsichtigten oder schon eingeleiteten Suizidhandlung nur dann unterbleiben, wenn die Gewissheit besteht, dass es sich im vorliegenden Fall tatsächlich um eine freie und wohl überlegte Entscheidung handelt. Die Möglichkeit derartiger Gewissheit ist im Falle von Personen, die psychisch labil sind oder deren Urteilsfähigkeit zum Zeitpunkt des Entschlusses stark eingeschränkt war, auszuschließen, in Fällen, in denen sich jemand im Verlauf einer Krankheit widersprüchlich geäußert hat, unklar, und im Falle von Kindern und Jugendlichen aufgrund fehlender Unabhängigkeit und der Phase ihrer Identitätsentwicklung zumindest zweifelhaft. In diesen sowie in allen Fällen, wo aufgrund einer rasch eingetretenen Situation nicht ermittelt werden kann, was der eigene Wunsch ist, ist verhinderndes bzw. rettendes Eingreifen geboten.

Ein besonderes Problem stellt das Ansteigen der Suizidrate mit zunehmendem Alter sowohl bei Männern wie bei Frauen dar. Es könnte nämlich ein Indiz für die Verschlechterung der Lebensbedingungen für diese Menschen sein. Infolgedessen haben alle dazu beizutragen, dass die Begleitung schwerkranker und sterbender Menschen strukturell und individuell so gestaltet ist, dass möglichst viele der von dieser Situation Betroffenen ihre verbleibenden Lebensmöglichkeiten als wertvoll empfinden und den Suizid nicht als die bessere Alternative erwägen.

Aus der Verpflichtung, den frei und wohl überlegten Suizid als Ausdruck der Selbstbestimmung des Suizidenten zu respektieren, und der besonderen Garantenstellung, die Ärzte und Angehörige des Pflegepersonals auch und gerade im Kontext der Begleitung bei schwerer Krankheit und Sterben einzunehmen haben, ergeben sich eine Reihe möglicher Konflikte:

Die in der bisherigen Rechtsprechung zugrunde gelegte Auffassung, dass die Verpflichtung zur Rettung von jenem Moment an wieder auflebt, in dem der Suizident das Bewusstsein verloren hat, lässt sich nicht sinnvoll mit der Vorstellung vereinbaren, dass der Wille eines Menschen vorab verbindlich festgelegt und geäußert werden kann (siehe dazu die Ausführungen zum assistierten Suizid in Abschnitt B. III. 1.).

Umstritten ist in der aktuellen Diskussion auch, wer berechtigt ist, bei einem frei verantwortlichen Suizid Beihilfe zu leisten. Gute Gründe, vor allem des Standesethos und des Vertrauens, das dem Arzt entgegengebracht wird, sprechen dagegen, die Beihilfe zur Selbsttötung dem Arzt als mögliche Aufgabe zuzuweisen oder auch nur seinem Ermessen zu überlassen. Voraussetzungen solcher Assistenz durch einen Arzt müssten in jedem Fall die genaue Kenntnis der Person des Suizidenten und der Wohlüberlegtheit seines Entschlusses sowie intensive Information über alternative Maßnahmen der Hilfe sein.

Schließt man den Arzt von der Möglichkeit der straflosen Beihilfe zum Suizid aus, entsteht allerdings das neue Problem, ob und unter welchen vertraglichen Bedingungen anderen Personen als Einzelnen oder als Mitgliedern einer Organisation der Zugang zu suizidwilligen Kranken und Sterbenden gewährt und wie dieser Zugang kontrolliert werden kann. Der seit einigen Jahren beobachtbare „Sterbetourismus“ todkranker Menschen aus Deutschland ins benachbarte Ausland jedenfalls ist keine überzeugende Lösung dieses schwierigen Problems.

C. Sterbebegleitung

I. Medizinisch-therapeutische Aspekte

Das grundsätzliche Ziel medizinischen Handelns ist es, Gesundheit zu schützen und diese wieder herzustellen sowie das Leben eines Patienten zu erhalten. Ist aber die gesundheitliche Situation eines Patienten aussichtslos, weil es zum irreversiblen Versagen von vitalen Funktionen kommt, so dass in absehbarer Zeit der Tod des Patienten zu erwarten ist, so ist es die Aufgabe des Arztes, dem Patienten ein menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen.

Bei einer zum Tode führenden Krankheit, die eine Heilung nicht zulässt, besteht der Sinn und Zweck von Behandlungsmaßnahmen in der Linderung von Leid und der Verbesserung der Lebensqualität eines Sterbenden. Dies kann neben der Behandlung von belastenden Beschwerden im Sterbeprozess aber unter Umständen auch ein Hinausschieben des Todes bedeuten. Die ärztliche Behandlung und Begleitung im Sterbeprozess bis zum Eintritt des Todes des Patienten wird als Palliativmedizin (siehe C. IV.) bezeichnet.

Bestehen seitens des behandelnden Arztes Zweifel darüber, ob es sich bei einem Patienten um eine palliativ-medizinische Situation handelt, so soll er sich mit anderen Ärzten beraten.

Eine angemessene Aufklärung über die Aussichtslosigkeit der Heilung sowie die Aufklärung und Erläuterung der lindernden und Symptom bezogenen Maßnahmen ist Aufgabe des Arztes. Die Unterrichtung des Sterbenden über seinen Zustand muss wahrheitsgemäß sein. Sie sollte sich aber an der individuellen Situation des Sterbenden orientieren und auch vorhandenen Ängsten Rechnung tragen. Das Gespräch und die Aufklärung der Angehörigen und dem Patienten nahestehender Personen gehört, sofern der Sterbende dies nicht untersagt, ebenfalls zu den Aufgaben des Arztes.

Das Recht auf Nichtwissen sollte beachtet werden.

In der palliativ-medizinischen Versorgung steht die Linderung von schwerwiegenden Ängsten und Beschwerden im Vordergrund. Diese können sein: Schmerzen, Durst, Hunger, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen. Darüber hinaus hat der Arzt auch für eine angemessene Basisbetreuung zu sorgen. Hierzu gehört eine menschenwürdige Unterbringung, pflegerische Zuwendung, einschließlich angemessener Körper- und Mundpflege und Hilfestellung beim Kontrollverlust oder Problemen beim Absetzen von Stuhl und Urin.

Art und Ausmaß von Behandlungen im Sterbeprozess sind nicht allgemein normierbar, sondern müssen sich individuell an der Situation eines Sterbenden orientieren. So gibt es Situationen, in denen Diagnose- und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt sind und Begrenzungen geboten sein können. Dazu kann

beispielsweise auch die Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zählen, da sie für viele Sterbende eine schwere Belastung darstellen kann. Hingegen können das Empfinden von Hunger und Durst bei manchen Sterbenden Qualen bedeuten, die einer entsprechenden Behandlung bedürfen.

Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen oder nicht weitergeführt werden, wenn diese nur den Todeseintritt verzögern und die Krankheit in ihrem Verlauf nicht mehr aufgehalten werden kann. Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens derart im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf. Häufig müssen beispielsweise Morphine in der Schmerzbekämpfung Sterbender eingesetzt werden, welche bei höheren Dosierungen eine Atem depressive Wirkung zeigen können. Die ärztliche Kunst in der Sterbebegleitung besteht demnach im Abwägen von Symptombekämpfung und Optimierung der Lebensqualität, ohne den natürlichen Sterbeprozess künstlich in die Länge zu ziehen.

Bei der Entscheidung zu palliativen Maßnahmen soll der Arzt versuchen, mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitenden einen Konsens zu finden.

Hierbei hat der Arzt auch zu beachten, dass die medizinischen Behandlungen auch auf den Ort des Sterbens abgestimmt sind. Er hat insbesondere dafür Sorge zu tragen, dass geplante Maßnahmen auch im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können.

Die medizinischen Handlungen im Sterbeprozess hat der Arzt zu verantworten. Er darf seine Entscheidungen dabei nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig machen.

Der Arzt hat bei der Einleitung palliativer Behandlungen stets den aktuell geäußerten Willen des Patienten zu beachten. Unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten sind auch Patientenverfügungen für den Arzt grundsätzlich bindend. Der Arzt hat auch bei angemessen aufgeklärten Patienten die Ablehnung einer Behandlung zu respektieren, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt (vgl. Teil A. IV.). Das gilt auch für die Beendigung schon eingeleiteter Behandlungen. Der Arzt soll Patienten, die eine sinnvolle und notwendige Maßnahme ablehnen, durch angemessene Aufklärung helfen, die Entscheidung zu überdenken.

Ist der Patient selbst nicht einwilligungsfähig und lässt sich einer vorliegenden Patientenverfügung keine eindeutige Willensäußerung entnehmen, so müssen Bevollmächtigte, gerichtlich bestellte Betreuer oder gesetzliche Vertreter an seiner Statt handeln. Der Vertreter hat den Willen des Patienten zu formulieren und zum Wohl des Patienten zu entscheiden. Sieht der Arzt das Wohl des Patienten ernsthaft gefährdet, weil der Vertreter beispielsweise aus medizinischer

Sicht sinnvolle Behandlungen ablehnt, so soll er sich an das Vormundschaftsgericht wenden.

In allen übrigen Fällen hat der Arzt den mutmaßlichen Willen des Patienten anhand der Gesamtumstände zu ermitteln. Anhaltspunkte können frühere Äußerungen seiner Lebenseinstellung, seine Haltung zu Schmerzen und zu schweren Einschränkungen am Lebensende oder religiöse Einstellungen sein. Hierbei sollen auch Angehörige oder nahe stehende Personen einbezogen werden.

Lässt sich auch der mutmaßliche Wille des Patienten nicht feststellen, so soll der Arzt stets zum Wohle des Patienten handeln und sich in Zweifelsfällen immer für die Lebenserhaltung entscheiden. Dies gilt auch bei Zuständen mit schwerer zerebraler Schädigung und anhaltender Bewusstlosigkeit (apallisches Syndrom).

Ein Arzt kann nicht gezwungen werden, gegen die eigene Überzeugung dem Willen des Patienten zu entsprechen. Er kann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen ablehnen, wenn er dies mit seinem persönlichen Gewissen nicht vereinbaren kann. In diesem Fall hat er dafür Sorge zu tragen, dass der Patient durch einen anderen Arzt betreut wird.

Der Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzfragen der Bundesärztekammer hat die Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung verfasst¹⁶. Diese Grundsätze nehmen den Ärzten die individuellen Entscheidungen im Sterbeprozess nicht ab. Sie sind vielmehr als Wegweiser und Hilfestellung zu verstehen. Darüber hinaus vermitteln sie der Bevölkerung, wie die Ärzteschaft zu dem Thema Sterbebegleitung steht.

II. Seelsorgliche Begleitung im Sterben

Empirische Aspekte

Kliniken und klinische Einrichtungen sind heute der Ort, an dem die meisten Menschen sterben. Es ist eine weit verbreitete Meinung, dass der klinische Kontext des Sterbens automatisch eine Medikalisierung und Dehumanisierung des Sterbens mit sich brächte. Dies diskreditiert die Bemühungen und die Kompetenz sowohl des klinischen Personals als auch des Personals pflegerischer Einrichtungen. Selbst wenn ein Großteil der Bevölkerung sich wünscht, zu Hause sterben zu können, wird man doch kritisch nachfragen müssen, ob

- hinter dem Wunsch nicht eine romantisierende Vorstellung vermeintlich schmerzfreien, friedlichen Einschlafens im Kreis der Lieben und Nächs-

ten steht, die weder in Gegenwart noch in Vergangenheit ihre Entsprechung findet, und

- die medizinisch-pflegerischen sowie technisch-architektonischen und sozialen Möglichkeiten zu einer häuslichen Begleitung im Sterben machbar sind.

Es ist der Zweck der folgenden Überlegungen, nach den Möglichkeiten und Herausforderungen einer menschengerechten Begleitung beim Sterben, insbesondere im Blick auf die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Menschen zu fragen, genauer im Kontext klinischer und pflegender Einrichtungen und unter den Bedingungen der Knappheit an Ressourcen.

Es gibt dazu relativ wenige, dafür jedoch aussagefähige empirische Daten. Von einigen Kliniken Bayerns, an denen die Seelsorge in der Lage ist, eine rund-um-die-Uhr-Rufbereitschaft zu gewährleisten und in den letzten Jahren ihre Einsätze dokumentiert hat, gibt es Erfahrungswerte, die zeigen: Bei über der Hälfte aller Sterbefälle werden Seelsorgerinnen und Seelsorger an das Sterbebett gerufen – vermittelt durch das Klinikpersonal. In den meisten Fällen geschieht dies zu rituellen Zwecken, zur Gestaltung von Abschiedsfeiern oder zur Krankensalbung, sowie nach Eintritt des Todes zum Zweck der Aussegnung und dem Sprechen eines Gebets im engsten Angehörigenkreis. Zwei Datenquellen seien hier besonders hervorgehoben. Zum einen hat die ökumenische Seelsorge am Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Standort Großhadern, über einen Zeitraum von drei Jahren festgestellt, dass die Seelsorge im Umfeld des Sterbens durch das Klinikpersonal und Angehörige mit deutlich zunehmender Tendenz gerufen wird, zuletzt 2006 in 50,4 % aller ca. 800 Sterbefälle. Noch deutlicher fallen die Zahlen am Universitätsklinikum Würzburg aus (70 %). Zweierlei ist an diesen Zahlen bemerkenswert:

Der Ruf nach Seelsorge erfolgt nicht ausschließlich in Fällen einer ausgeprägten Kirchlichkeit der Sterbenden oder ihrer Angehörigen. Die Statistik der Rufe nach seelsorglicher Begleitung entspricht ziemlich genau der Konfessions- und Religionszugehörigkeit in der Normalbevölkerung, wird auch von nicht christlichen, andersgläubigen oder auch konfessionslosen Menschen beansprucht. Seelsorge begleitet damit Menschen ohne Anschauung ihrer Kirchenmitgliedschaft.

Seelsorglicher Begleitung im Umfeld des Sterbens kommt innerhalb der klinischen und pflegenden Einrichtung eine zentrale Funktion im Management von Krisensituationen zu. Da die Betreuung Sterbender und ihrer Angehörigen sehr zeitaufwändig ist – wegen eines ausgeprägten Gesprächsbedarfs und der Möglichkeit, alles andere hinten an zu stellen – würde sie das knapp bemessene Zeitbudget aller anderen Berufsgruppen überschreiten. Die Situationen des Ster-

bens bergen, insbesondere im Falle eines überraschenden und als traumatisch empfundenen Todes (Verkehrsunfall, Suizid, Tod eines Kindes etc.) gerade für den Funktionsablauf von klinischen Einrichtungen einen Unruhefaktor. Auch im Umfeld von Patienten aus anderen Kulturkreisen äußert sich unmittelbare Trauer in Verhaltensweisen und Phänomenen, die sich störend auf den eingespielten Funktionsablauf auswirken können: kollabierende Angehörige, laute und emotional erregte Angehörige, die das Pflegepersonal deutlich überfordern und verunsichern. Seelsorgliche Betreuung übernimmt in diesem Fall die Funktion von Krisenmanagement, Krisenintervention und Deeskalation. Nicht zuletzt übernimmt Seelsorge in diesen Situationen häufig die Aufgaben eines Debriefings des beteiligten Personals, der Möglichkeit, sich im Gespräch vom miterlebten Geschehen zu distanzieren und damit einem späteren Burn-out-Syndrom vorzubeugen. Der eben beschriebene Aspekt wird gestützt durch Ergebnisse eines Forschungsprojekts der DFG. Dabei wurde gezeigt: Seelsorgepersonen werden durch Kliniken – unabhängig von ihrer Trägerschaft – dann eingesetzt, wenn im Umfeld von Sterben und Tod ethische Konflikte entstehen und wenn die Organisationsabläufe einer schwierigen Situation nicht gewachsen sind. Ein angemessenes Seelsorgeangebot, das Patienten, Angehörigen und dem Personal zu Gute kommt, ist folglich Qualitätsmerkmal für eine Klinik und dient zu deren Zertifizierung.

Ein dritter Hinweis auf die Bedeutung spirituellen und seelsorglichen Beistands beim Sterben stammt aus den neuen Bundesländern. Eine Forschungsgruppe der medizinischen Fakultät der Universität Jena hat in einer repräsentativen Umfrage unter der Normalbevölkerung herausgefunden, dass Seelsorgende nach der Gruppe der Ärzte die Berufsgruppe darstellen, deren Begleitung sich die meisten Menschen im Falle ihres eigenen Sterbens wünschen. Dies ist besonders deshalb erstaunlich, weil die Verbundenheit mit Religion und Kirche in Jena und Umgebung erheblich geringer anzusetzen ist als etwa in weiten Teilen Bayerns. Offensichtlich möchten Menschen im Sterben nicht nur medizinisch, sondern ganzheitlich betreut werden – von Menschen, die sich mit Spiritualität auskennen. Seelsorglicher Begleitung wird sowohl aus der Perspektive einzelner, der Patienten und ihrer Angehörigen, wie auch aus der Perspektive der Organisationsform medizinisch-pflegerischer Einrichtungen hohe Bedeutung zugemessen.

Leitbilder

Die Vorstellung eines machbar schönen, sanften Todes oder selbst bestimmten Todeszeitpunkts gerät derzeit zu einem Leitbild, das einer Verdrängung der totalen Lebensfeindlichkeit des Todes gleichkommt. Die seelsorgliche Begleitung tritt dagegen für das Leben in allen Formen medizinischer und pflegender Einrichtungen ein. Die Unterstützung für Palliativmedizin und Hospizbewegung hat in deren Lebensdienlichkeit ihren Grund. Erhaltung von subjektiver Lebensqualität ist das Ziel. Ärztliche wie pflegerische und sonstige therapeutische Kompetenz der in diesen Bereichen Tätigen erweist sich darin, dem Leben zu dienen, auch wenn eine Wiederherstellung von Gesundheit ausgeschlossen ist und die Lebenszeit auf Wochen, Tage oder Stunden begrenzt ist.

Das Wissen um die Unverfügbarkeit des Lebens und der Todesstunde hat dazu geführt, dass die Seelsorge einer Medikalisierung des Sterbens entgegen arbeitet. Der ausgeprägte Reichtum an Riten und symbolischen Handlungen im Umfeld von Sterben und Tod, wie auch die Volksfrömmigkeit zeugen vom Wissen darum, dass das Sterben den Menschen nicht nur in seiner physischen, somatischen Existenz betrifft, sondern auch in seiner Spiritualität und als soziales Wesen. Die Weltgesundheitsorganisation hat das sowohl in ihrer Definition von Gesundheit aufgegriffen als auch in ihrer Definition von Palliativmedizin. Der Mensch wird hier als eine Ganzheit aus Leib, Seele, Sozialität und Spiritualität begriffen. Insbesondere der Aspekt der Sozialität ist dabei von Bedeutung, weil sich humane Sterbebegleitung nicht auf den Sterbenden begrenzen lässt, sondern die Begleitung der Angehörigen mit einbeziehen muss. Der Tod eines Menschen betrifft nicht nur den Sterbenden, sondern bedroht auch das Leben der Hinterbliebenen. In diesem Zusammenhang ist auf die wichtige Funktion von Selbsthilfegruppen hinzuweisen, in denen sich Angehörige nach dem erlittenen Verlust zusammenfinden, um ihre Trauer zu artikulieren und auch gemeinsam zu verarbeiten.

Der Aspekt der Spiritualität bedarf eigener Erwähnung. Angesichts des Todes ist nicht nur die irdische Existenz eines Menschen gefährdet, sondern auch seine seelische. Auf heutige plurale Lebensverhältnisse und Vorstellungen angewandt, erfordert dies die unbedingte Respektierung religiöser Bedürfnisse. Gleich, welcher Art der individuelle Glaube des Sterbenden ist, haben religiöse Riten und spirituelle Bedürfnisse Bedeutung für die Bewältigung des Todes und das „Weiterleben“ – sowohl des Sterbenden als auch der Hinterbleibenden. Es ist im Sinne der verfassungsmäßig geschützten Religionsfreiheit, dass den religiösen Bewältigungsformen und Übergangsriten der Raum eingeräumt wird, den sie benötigen.

Konkretionen für die konkrete Gestaltung

Dies hat Konsequenzen für die Handhabung und Gewährleistung seelsorglicher und spiritueller Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen. Hier gibt es keine Monopolstellung der Kirchen oder Religionsgemeinschaften. Was es aber in jedem Fall geben sollte, ist die Gewährleistung von Qualitätsstandards im Umgang mit spirituellen Bedürfnissen Sterbender und ihrer Angehörigen innerhalb der klinischen und pflegerischen Einrichtungen.

Die aus Nordamerika stammende Seelsorgebewegung hat deshalb in Anlehnung an die Klientenzentrierung der Psychotherapie eine radikale Subjektorientierung übernommen, die vor allem anderen danach fragt, was die individuellen Bedürfnisse und Erwartungen der Einzelnen an seelsorgliche Begleitung sind. Dabei werden nicht selten auch Lehren und Maßgaben der eigenen Religion in Frage gestellt. Die Erfolge einer ökumenischen und interreligiösen Zusammenarbeit innerhalb der Seelsorge in Kliniken Englands, Nordamerikas und andernorts zeigen, dass dies ein Weg ist, der einem modernen pluralistischen Gemeinwesen entspricht. Dahinter sollte nicht mehr zurückgegangen werden.

Die Kirchen haben ihre Kompetenz bewiesen in der Ausbildung und Qualifikation von Seelsorgepersonal, das um die eigene Tradition und Bindung weiß und erkennbar auftritt – und dennoch die Hilfe anbietet, die dem Einzelnen entspricht. Dabei kann es zu Konfliktsituationen kommen, etwa im Rahmen der Begleitung von Menschen, die ihr Lebensende gezielt selbst herbeiführen möchten. Die Kirchen haben ihre Kompetenz in den vergangenen Jahrzehnten in den meisten Fällen gern und in vollem Umfang zur Verfügung gestellt. Dies reicht von der Ausbildung qualifizierten Personals, übrigens auch ehrenamtlicher Seelsorge, bis hin zur Bereitstellung von Stellen und Mitteln.

Gerade weil eine hochkompetente Seelsorge für klinische und pflegende Einrichtungen eine enorme Entlastung an Zeit, Kräften und Ressourcen darstellt, wird in Zukunft auch darüber nachzudenken sein, inwiefern spirituelle Begleitung Bestandteil der Qualität des Gesundheitswesens ist – und wie ein ausreichendes Angebot zu finanzieren ist. Im palliativmedizinischen Bereich wird begonnen, neue Wege zu beschreiten. Der Zweck dieser Überlegungen ist die Erhaltung der Lebensqualität von Menschen in ihrer letzten Lebensphase – und dazu gehört die Sorge um die spirituellen Bedürfnisse und die letzten Dinge.

III. Soziale Begleitung im Sterben

Sterben ist ein natürlicher Vorgang am Ende des menschlichen Lebens. Aber der Sterbende muss vom Leben Abschied nehmen und sich mit seinem Tod auseinandersetzen. Nicht mehr die Perspektive von Heilung oder Lebensverlängerung, sondern die der bestmöglichen Lebensqualität in der noch verbleibenden Zeit leitet das Handeln der Begleitenden.

Soziale Begleitung im Sterben ist ein Angebot, in dieser letzten Lebensphase nicht allein zu sein. Es kann dazu beitragen, dass der sterbende Mensch auf gute Art und Weise sein Leben beendet und sich der Übergang vom Leben zum Tod würdig vollzieht. Es gilt, seine Wünsche und Bedürfnisse sowie die seiner Angehörigen sensibel wahrzunehmen, damit sich die innere Ruhe einstellen kann, um Abschied zu nehmen. Auch ein etwaiger Wunsch, allein gelassen zu werden, ist zu respektieren. Soziale Begleitung im Sterben ist ein Angebot von Zeit und Gegenwart. Es bedeutet, die Abschiedssituation auszuhalten, den Scheidenden freizulassen, den Tod zuzulassen.

Dabei gilt es,

- Stille zu ertragen, zum Zuhören bereit zu sein, sich Gefühlen und Gedanken auszusetzen, sie auszudrücken und darauf zu antworten,
- sich Ängsten und Befürchtungen im Angesicht des Todes zu stellen,
- Hoffnungen zu stärken, die den Mut zum Übergang erleichtern,
- Dankbarkeit zu teilen, für das was war, und
- zu helfen, Unabgeschlossenes zu Ende zu bringen.

Soziale Begleitung im Sterben kann Hilfe zu einem persönlich geprägten Sterben sein, bei dem der Mensch bis zuletzt würdevoll lebt und als Person ernst genommen wird. Das Leidvolle, das im Sterben und Tod eines Menschen liegt, kann durch die Begleitung nicht weggenommen, allenfalls angenommen und geteilt werden.

Soziale Begleitung im Sterben kann Hilfe zu einem bewussteren Leben für die Begleitenden sein, denen der Sterbende vorangeht. Jeder, der unerwartet oder im Rahmen einer Schicksalsgemeinschaft neben einem sterbenden Menschen steht, ist zur Begleitung aufgerufen.

Soziale Begleitung im Sterben soll bei der Ausbildung medizinisch-pflegerischer und anderer Berufsgruppen (Ärzte, Pflegepersonal, Träger von Krankenhäusern und Heimen) berücksichtigt werden, die häufig mit dem Tod konfrontiert sind. Dabei ist ein ganzheitliches Konzept für die Unterstützung sterbender Menschen in ihren physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Anliegen anzustreben, das ihre Angehörigen mit einbezieht und das Bewusstsein um die

Gemeinschaft in der Sterbesituation fördert. Gesamtgesellschaftlich geht es darum, das Sterben als sozialen Prozess zu begreifen und zu seiner Humanisierung und Solidarisierung beizutragen.

IV. Palliativmedizin und Hospizarbeit

Sterbebegleitung im eingangs definierten Sinn (siehe Teil B.) umfasst sowohl die fachlich gute Pflege und Betreuung des tödlich erkrankten Menschen, insbesondere die optimale Linderung der Schmerzen, als auch die mitmenschliche, psychisch-emotionale und seelsorgliche Begleitung des Sterbenden und seiner Angehörigen. Sie stellt in einer Gesellschaft, in der immer mehr Menschen ein hohes Alter erreichen und gleichzeitig die Rückverlegung Schwerstkranker nach Hause, um dort zu sterben, immer seltener realisiert werden kann, eine große Herausforderung dar.

Die Pflege und medizinische Betreuung sind von dem Zeitpunkt an, wo erkannt wird, dass die gesundheitliche Situation des Patienten unumkehrbar ist, Aufgabe der palliativmedizinischen Versorgung (von lat. pallium = Mantel). Palliativmedizin ist nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit den Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen, und zwar durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch frühzeitiges Erkennen, Einschätzen und Behandeln von Schmerzen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“¹⁷.

In palliativen Einrichtungen (meistens handelt es sich um eine spezielle Station in einem Krankenhaus) werden also nur Patienten behandelt, deren tödliche Grunderkrankung weder heilbar noch aufzuhalten ist (im medizinischen Jargon: Patienten, die als „austherapiert“ gelten). Eine besonders wichtige Rolle spielt hierbei die Linderung der Schmerzen. Für die Patienten, die nicht in der palliativen Einrichtung versterben, ist der Aufenthalt in einer solchen eine begrenzte Zwischenzeit, in der die für sie optimalen palliativen Maßnahmen individuell geplant und die anschließende Versorgung durch den Hausarzt, den Pflegedienst und das Heim bzw. Familienangehörige organisiert wird.

Obschon die palliativmedizinische Versorgung in Deutschland während der letzten Jahre große Fortschritte gemacht hat, was sich sowohl in der Bettenkapazität als auch in der Zahl der Ärzte und der Pflegepersonen mit entsprechender Qualifikation niederschlägt, besteht immer noch eine beträchtliche Lücke zwischen tatsächlichem Angebot und dem von den Ärztekammern ermit-

telten Bedarf. Betroffen hiervon sind überwiegend Tumorpatienten¹⁸.

Ergänzt und eng vernetzt wird die palliative Pflege heute vielfach mit der hospizlichen Betreuung und Begleitung der Sterbenden. Die so genannte Hospizbewegung (von lat. *hospitium* = Gastfreundschaft bzw. auch Haus, in dem die Gastfreundschaft geübt wird, also Herberge) verdankt sich ursprünglich dem Impuls, die Tendenz einer wachsenden „Medizinalisierung“ des Sterbens zu korrigieren und das Sterben stärker als ganzheitlich-menschlichen Vorgang zu begreifen und zu realisieren.

Ansatzpunkt für den Erfolg der Hospizbewegung seit den 1980er-Jahren war vor allem die Beobachtung, dass weit mehr als jeder zweite Sterbefall in Deutschland sich in einem Klinikum oder einem Pflegeheim ereignet. Diese Tatsache steht im Gegensatz zu dem Wunsch der meisten Menschen, die letzte, ihnen verbleibende Lebenszeit in vertrauter Umgebung zu verbringen. In vielen Fällen kann dieser Wunsch aber nicht verwirklicht werden, weil der Zustand des Patienten dies nicht erlaubt oder weil ihm nahestehende Personen nicht mehr vorhanden sind oder mit der Pflege überfordert wären.

Das Konzept der hospizlichen Betreuung zielt darauf ab, auch in solchen Fällen sterbenden Menschen außerhalb von Krankenhaus und Heim bestmögliche Lebensqualität und ein würdiges Sterben zu ermöglichen, das durch Zuwendung und Beistand in möglichst vertrauter Umgebung ein Höchstmaß an Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse des betreffenden Sterbenden beinhaltet. Hospizliche Betreuung kann in stationärer Form oder als ambulanter Dienst organisiert sein¹⁹.

Hospizliche Arbeit ist vergleichsweise personal- und zeitintensiv. Sie ist außerdem ein disziplinenübergreifender Ansatz in dem Sinne, dass hier Angehörige ganz verschiedener Berufsgruppen zusammenarbeiten, also nicht nur Ärzte und Pfleger, sondern auch Seelsorger, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Diätfachleute, Kunsttherapeuten und andere mehr.

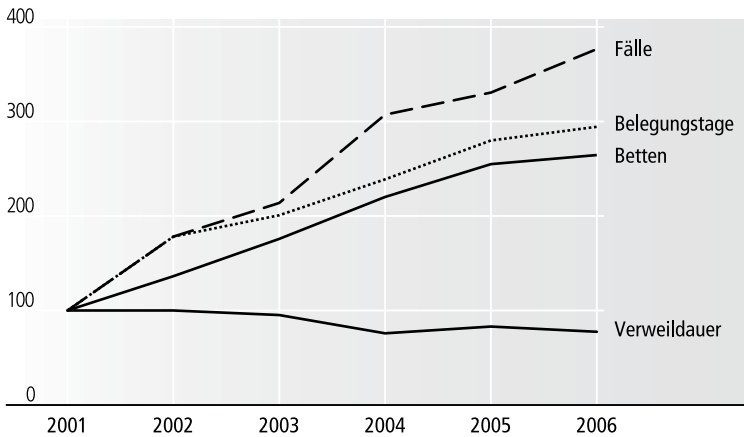
Besonders wichtig sind Hospize für jene Menschen, deren Erkrankung schwerste Beeinträchtigungen oder belastende Symptome wie Atemnot, Übelkeit oder Angstzustände mit sich bringt, die aber zugleich bei vollem Bewusstsein sind. Dies ist z. B. häufig bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen und bei Aids der Fall.

Einen wichtigen Beitrag zur Ermöglichung des Sterbens in Würde leisten auch die ehrenamtlichen Hospizgruppen, die sich an vielen Orten gebildet haben und deren Arbeit durch Bürgervereine unterstützt wird. Die Mitglieder der Hospizgruppen unterstützen nämlich nicht nur durch ihre individuelle Begleitung Sterbende, sondern bieten auch deren Angehörigen oft die einzige Möglichkeit, wenigstens kurzzeitig von der anstrengenden Pflege des Sterbenden und dem Gewicht der Verantwortung entlastet zu werden. Dies kommt letztlich auch

dem Sterbenden selbst zugute. Darüber hinaus sind vor allem sie es, die in der breiten Öffentlichkeit das Bewusstsein, dass das Sterben ein natürlicher Teil des menschlichen Lebens ist, das Wissen um die Not der Sterbenden und die Notwendigkeit eines veränderten Umgangs mit dem Sterben lebendig erhalten.

Palliativversorgung in Bayern

Entwicklung in v. H. von 2001 bis 2006



Palliativ- und Hospizversorgung

Ambulante und stationäre Hospizversorgung, Palliativbetten an Krankenhäusern, Akademie für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit

Stand September 2007



4 Akademien für Palliativmedizin, Palliativpflege und Hospizarbeit	Stationäre Hospizte an 9 Standorten	Palliativbetten an 27 Krankenhäuser
△	□ 86 Plätze insgesamt	● 241 Betten insgesamt

D. Empfehlungen zur Patientenverfügung

I. Regelungsbedarf

Im Hinblick auf die bestehende Rechtsunsicherheit und die kontroversen Auffassungen bedürfen Voraussetzungen und Wirkungen einer Patientenverfügung einer gesetzlichen Regelung. Die gesetzliche Regelung will nur Klarheit schaffen über Voraussetzungen und Wirkungen einer Patientenverfügung, aber keine Verpflichtung zur Abfassung einer solchen statuieren.

Die gesetzliche Regelung sollte den nachfolgend in II. - VI. beschriebenen Inhalt haben.

II. Wirksamkeit, Form

Grundsatz

Anordnungen, die ein entscheidungsfähiger Mensch hinsichtlich der Vornahme, des Unterbleibens oder der Beendigung ärztlicher oder pflegerischer Maßnahmen, Eingriffe oder Untersuchungen für den Fall des Verlusts seiner Entscheidungsfähigkeit getroffen hat, sind für alle Beteiligten verbindlich.

Entscheidungsfähigkeit

Geschäftsfähigkeit ist nicht Voraussetzung einer wirksamen Patientenverfügung, vielmehr können entsprechend den Grundsätzen, die allgemein für die Einwilligung in einen ärztlichen Heileingriff gelten, auch minderjährige, behinderte und altersdemente Menschen je nach den Umständen entscheidungsfähig sein, wenn sie die Tragweite ihrer Anordnung erfassen und ihre Entscheidung danach ausrichten können.

Vorgängige Beratung

Vorgängige ärztliche Beratung ist nicht Wirksamkeitsvoraussetzung einer Patientenverfügung, doch sollte für eine solche vorgängige Beratung geworben werden.

Ärzten sollte eine entsprechende Aus- und Weiterbildung angeboten werden. Auch sollte die Möglichkeit geschaffen werden, dass eine entsprechende Beratung nach einem Gebührentatbestand abgerechnet werden kann.

Befristung/Aktualisierung

Patientenverfügungen, die zeitlich lange zurückliegen, können die Frage aufwerfen, ob sie der jetzigen Lebenssituation des Patienten Rechnung tragen.

Wiederkehrende Aktualisierung sollte nicht Wirksamkeitsvoraussetzung einer Patientenverfügung sein, doch ist für eine solche zu werben.

Form

Eine Patientenverfügung bedarf der Schriftform oder einer vergleichbar zuverlässigen Dokumentation (z. B. Videoaufzeichnung).

III. Bestimmung der Reichweite, Verbindlichkeit

Zulässiger Inhalt

In einer Patientenverfügung kann für den Fall der eigenen Entscheidungsunfähigkeit das Einverständnis mit näher bezeichneten in bestimmten Krankheitssituationen medizinisch indizierten Maßnahmen vorab erteilt oder versagt werden.

Dies schließt ein, dass die Zustimmung zur Aufnahme oder Fortführung lebensverlängernder Maßnahmen, insbesondere etwa der künstlichen Ernährung oder Beatmung oder der Dialyse versagt werden kann.

Mit der Beachtung der Patientenverfügung endet nicht die Verantwortung des Arztes wie die der anderen Beteiligten (Pflegepersonal, Angehörige). Eine Grundversorgung, z. B. Basispflege und Symptomlinderung, muss gewährleistet sein. Es ändert sich das Therapieziel; die weitere Behandlung folgt einer palliativen Zielsetzung.

Neben Anordnungen, die die medizinische Behandlung betreffen, können in einer Patientenverfügung auch Anordnungen anderer Art getroffen werden, z. B. zur seelsorglichen oder zur familiären Begleitung.

Vorrang für die Wiederherstellung der Entscheidungsfähigkeit

Die Bestimmung in einer Patientenverfügung, dass medizinisch indizierte lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt werden, ist, soweit darin nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, dahin auszulegen, dass sie sich nicht auf Krankheitssituationen bezieht, in denen nach ärztlicher Erkenntnis mit einer Wiederherstellung der Entscheidungsfähigkeit demnächst zu rechnen ist.

Reichweitenbegrenzung

Die Wirksamkeit einer Verfügung, dass ärztlich indizierte lebensverlängernde Maßnahmen abgelehnt werden, soll nicht auf bestimmte Phasen der Erkrankung beschränkt werden.

Diese Aussage wurde von einer großen Mehrheit, aber nicht von allen Mitgliedern der Kommission mitgetragen. Die Minderheit befürwortet eine Reich-

weitenbegrenzung auf Krankheitssituationen, die nach amtlicher Erkenntnis irreversibel in absehbarer Zeit zum Tod führen.

Keine aktive Sterbehilfe

In einer Patientenverfügung kann nicht wirksam bestimmt werden, dass der Patient unter bestimmten Voraussetzungen getötet werden will. Das Verbot der aktiven Sterbehilfe (§ 216 StGB) soll durch die rechtliche Regelung der Patientenverfügung nicht in Frage gestellt werden.

Widerruf

Patientenverfügungen können jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Der Widerruf muss formfrei möglich sein. Eine Minderheit der Kommission befürwortet auch für den Widerruf einen Formzwang (vgl. D. II.).

Persönliche Voraussetzungen des Widerrufs

Wie für die Patientenverfügung soll auch für deren Widerruf natürliche Entscheidungsfähigkeit genügen, Geschäftsfähigkeit nicht erforderlich sein.

Verbindlichkeit der Patientenverfügung

Eine wirksame Patientenverfügung ist, so weit sie inhaltlich reicht, für Ärzte und Pflegepersonal, Bevollmächtigte und Betreuer stets verbindlich. Bevollmächtigte und Betreuer haben die getroffene Verfügung zur Geltung zu bringen. Dies gilt auch dann, wenn die Verfügung aus ihrer Sicht dem Wohl des Patienten nicht entspricht.

Nach Auffassung einer Minderheit der Kommission hat dies nur zu gelten, wenn nicht davon auszugehen ist, dass der Patient bei Kenntnis der eingetretenen Situation zu einer anderen Entscheidung gekommen wäre.

IV. Verfahrensweise, gerichtliche Kontrolle

Ärztliche Dokumentation

Soll eine Patientenverfügung, die das Unterbleiben oder den Abbruch medizinisch indizierter lebensverlängernder Maßnahmen anordnet, umgesetzt werden, so sind die für die Entscheidung maßgeblichen Umstände, insbesondere die medizinische Situation (Diagnose, Prognose, Behandlungsvorschläge), das ärztliche Urteil zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie zu der Frage, ob die Patientenverfügung auf den vorliegenden Fall zutrifft, und die bisher mit den Angehörigen und dem Bevollmächtigten oder dem Betreuer geführten Gespräche durch den Arzt sorgfältig zu dokumentieren.

Beratung im Konsil

Ist Inhalt der Patientenverfügung die Ablehnung oder der Abbruch medizinisch indizierter lebensverlängernder Maßnahmen, so hat sich der Bevollmächtigte oder der Betreuer, bevor er die Verfügung zur Geltung bringt, stets mit einem Konsil zu beraten, dem der behandelnde Arzt, ein Vertreter des Pflegepersonals und beteiligte Angehörige angehören. Gegenstand der Beratung ist insbesondere, ob die Patientenverfügung wirksam ist und auf die gegebene Situation zutrifft und ob es Anzeichen für einen Widerruf gibt. Das Ergebnis des Konsils ist zu dokumentieren.

Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung

Soll eine Patientenverfügung umgesetzt werden, die das Unterbleiben oder den Abbruch medizinisch indizierter lebensverlängernder Maßnahmen vorsieht, so bedarf es der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung, wenn zwischen den Beteiligten (Arzt, Pflegepersonal, Angehörige, Bevollmächtigter, Betreuer) Meinungsverschiedenheiten bestehen, ob die Verfügung wirksam ist, ob sie auf den vorliegenden Fall zutrifft oder ob es Anzeichen für einen Widerruf gibt.

Soll eine Patientenverfügung umgesetzt werden, die das Unterbleiben oder den Abbruch medizinisch indizierter lebensverlängernder Maßnahmen vorsieht, so ist die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts ferner erforderlich, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der Bevollmächtigte oder der Betreuer missbräuchlich handelt.

Schutz vor sachwidrigen Einflussnahmen

Eine Patientenverfügung, die das Unterbleiben oder den Abbruch medizinisch indizierter lebensverlängernder Maßnahmen vorsieht, ist unwirksam, wenn der Patient durch Drohung mit einem Übel oder durch das Versprechen von Vorteilen zu dieser Verfügung bestimmt wurde.

Schutz der Freiheit, keine Patientenverfügung zu verfassen

Die Abfassung einer Patientenverfügung darf nicht zur Voraussetzung der Aufnahme in eine Heim- oder Pflegeeinrichtung oder zur Bedingung einer ärztlichen Behandlung gemacht werden.

V. Fehlen einer wirksamen Patientenverfügung

Regelungsbedarf

Die gesetzliche Regelung sollte die Rechte und Pflichten eines bestellten Betreuers oder eines Bevollmächtigten auch in den Fällen regeln, in denen eine wirksame Patientenverfügung nicht vorliegt oder nicht einschlägig ist.

Grundsatz

Fehlt es an einer wirksamen Patientenverfügung oder trifft eine Patientenverfügung auf den zur Entscheidung stehenden Fall nicht zu, so hat der Bevollmächtigte oder der Betreuer sich am mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren. Anhaltspunkte für den mutmaßlichen Willen können sich auch aus einer unwirksamen oder nicht einschlägigen Patientenverfügung ergeben. Ist ein mutmaßlicher Wille nicht feststellbar, entscheidet das Wohl des Patienten mit Vorrang des Lebensschutzes. Vereinzelt wird in der Kommission stattdessen die Aussage befürwortet, dass sich der Bevollmächtigte oder der Betreuer in diesem Fall am Wohl des Patienten auszurichten und dabei einen feststellbaren mutmaßlichen Willen des Patienten zu berücksichtigen hat; Hinweise auf den mutmaßlichen Patientenwillen könnten sich auch aus einer unwirksamen oder nicht einschlägigen Patientenverfügung ergeben.

Ablehnung lebensverlängernder Maßnahmen

Nach Auffassung der Mehrheit der Kommission sollen Bevollmächtigter und Betreuer die Zustimmung zu medizinisch indizierten lebensverlängernden Maßnahmen unter Berufung auf den mutmaßlichen Willen oder das Wohl des Patienten nur versagen können, wenn die Krankheit des Patienten nach ärztlicher Erkenntnis irreversibel in absehbarer Zeit zum Tod führt oder wenn eine Wiederherstellung der Entscheidungsfähigkeit des Patienten dauerhaft ausgeschlossen ist. Eine Minderheit will die Versagung der Zustimmung nur zulassen, wenn die Krankheit des Patienten nach ärztlicher Erkenntnis irreversibel in absehbarer Zeit zum Tod führt. Vereinzelt wird es für ausreichend gehalten, dass ein schwer wiegendes Grundleiden vorliegt, das irreversibel ist.

Ärztliche Dokumentation

Versagt der Bevollmächtigte oder der Betreuer die Zustimmung zu medizinisch indizierten lebensverlängernden Maßnahmen unter Berufung auf den mutmaßlichen Willen oder das Wohl des Patienten, so sind die für die Entscheidung maßgeblichen Umstände durch den Arzt sorgfältig zu dokumentieren, insbesondere die medizinische Situation (Diagnose, Prognose, Behandlungsvorschläge), das ärztliche Urteil zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten sowie die

Umstände, aus denen sich ergeben soll, dass die Versagung durch den mutmaßlichen Willen oder das Wohl des Patienten geboten ist.

Beratung im Konsil

Will der Bevollmächtigte oder der Betreuer die Zustimmung zu medizinisch indizierten lebensverlängernden Maßnahmen unter Berufung auf den mutmaßlichen Willen oder auf das Wohl des Patienten versagen, so hat er sich zuvor stets mit einem Konsil zu beraten, dem der behandelnde Arzt, ein Vertreter des Pflegepersonals und Angehörige angehören müssen. Gegenstand der Beratung sind der mutmaßliche Wille und das Wohl des Patienten. Das Ergebnis des Konsils ist zu dokumentieren.

Vormundschaftsgerichtliche Genehmigung

Die Versagung der Zustimmung zu medizinisch indizierten lebensverlängernden Maßnahmen durch den Bevollmächtigten oder den Betreuer unter Berufung auf den mutmaßlichen Willen oder das Wohl des Patienten bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn unter den Beteiligten (Ärzte, Pflegepersonal, Angehörige, Bevollmächtigter/Betreuer) Meinungsverschiedenheiten bestehen, ob die Versagung dem mutmaßlichen Willen oder dem Wohl des Patienten entspricht. Vereinzelt wird in der Kommission die Auffassung vertreten, dass eine vormundschaftsgerichtliche Genehmigung in jedem Fall erforderlich ist.

VI. Auswirkungen auf Menschen mit geistiger Behinderung

Ein durch gesetzliche Verankerung verstärktes Recht, mit einer Patientenverfügung eine Therapiebegrenzung im Vorhinein festzulegen, könnte zu sozialem Druck auf solche Menschen führen, die von der Pflege und Versorgung anderer abhängig sind und ihr Leben nicht oder nur eingeschränkt selbstbestimmt gestalten können, eine solche Patientenverfügung zu treffen. Von daher ist der besondere Schutz von Menschen mit Krankheit und Behinderung, insbesondere wenn sie nur eingeschränkt oder gar nicht kommunikationsfähig sind, von großer Bedeutung. Die Rechtsordnung hat die wesentliche Aufgabe, die Menschen, die sich selbst nicht oder nur unzureichend ausdrücken können, die keine Entscheidungen fällen können und nicht für sich selbst sorgen können, davor zu schützen, dass ihr Leben durch andere als nicht lebenswert beurteilt wird (vgl. Teil A.).

Wenn Menschen aufgrund einer geistigen Behinderung keine Patientenverfügung verfassen können oder nur mithilfe Dritter, stellt das keinen ausreichenden Grund dar, sie von der Möglichkeit auszuschließen, Maßnahmen unzumutbarer Lebensverlängerung im Voraus zu widersprechen. Allerdings besteht eine Anfälligkeit zu einer Willensbeeinflussung durch andere. Darum ist im Einzelfall besonders zu prüfen, ob eine von einem Menschen mit geistiger Behinderung unterschriebene Patientenverfügung dessen wirklichen Willen ausdrückt.

Wenn Menschen hingegen so schwer geistig behindert sind, dass sie ihren eigenen Willen weder bilden noch äußern können, scheidet Patientenverfügungen aus. Hier haben gesetzlich bestimmte Betreuer, z. B. die Eltern, die Verantwortung, Entscheidungen in Gesundheitsangelegenheiten stellvertretend für den Menschen mit Behinderung zu treffen, wobei das Wohl des Betreuten oberster Maßstab ist. Im Sinne passiver Sterbehilfe kann so auch bei Menschen mit schwerer geistiger Behinderung am Lebensende von lebensverlängernden Maßnahmen abgesehen werden. Voraussetzungen sind neben einer sorgfältigen ärztlichen Dokumentation der maßgeblichen Umstände und einer Beratung im Konsil die einvernehmliche Entscheidung des gesetzlichen Betreuers und des medizinisch Verantwortlichen; Abschnitt V. gelten entsprechend. Damit kann sich das Therapieziel von dem Versuch einer Heilung zu ausschließlicher Linderung von Symptomen verändern, z. B. indem lebensverlängernde Maßnahmen durch eine rein palliative Therapie ersetzt werden. Wie bei einwilligungsfähigen Menschen darf es keine Ausnahmen von der Pflicht zu leidensmindernder Behandlung und Zuwendung geben.

Bei der Endabstimmung votierten die Mitglieder mehrheitlich für die Empfehlungen (11:1:1), d. h. elf Mitglieder stimmten für die Stellungnahme zur Patientenverfügung, ein Mitglied, Frau Breit-Keßler, enthielt sich der Stimme, ein anderes Mitglied, Herr Antretter, votierte dagegen. Die beiden Mitglieder fügten anliegende Minderheitenvoten hinzu.

Minderheitenvotum

Robert Antretter, Vorsitzender der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

Die mit Mehrheit verabschiedete Stellungnahme der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung zur Patientenverfügung wird von mir nicht mitgetragen. Meine abweichende Position stützt sich vor allen Dingen auf grundlegende Einschätzungen zur Bedeutung von Patientenverfügungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Patientenverfügungen gelten gemeinhin als Möglichkeit, die Selbstbestimmung von Patienten zu fördern und die Medizin am Lebensende menschlicher zu gestalten. Unabhängig von dem Ziel einer möglichst umfassenden Selbstbestimmung aller Menschen sind allerdings Einwände gegen aktuell diskutierte Regelungsmodelle zu berücksichtigen. Die Therapiebegrenzung für bestimmte Zustände stützt sich auf die aktuelle (Außen-)Sicht, die häufig aber ohne jede persönliche Erfahrung des Lebens mit dieser Erkrankung gebildet wurde. Patientenverfügungen als gesellschaftlich relevanter Vorgang statuieren häufig eine Sichtweise: Ein abhängiges Leben, bei dem der Mensch auf Pflege angewiesen ist und nicht über die vollen geistigen Fähigkeiten verfügt, ist es nicht wert, erhalten oder verlängert zu werden. Gerade Behindertenverbände und -vereinigungen wissen aus ihren Erfahrungen mit Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Angehörigen, wie sehr sich die Einschätzung des Lebens mit hypothetischen Krankheits- und Behinderungszuständen verändert, wenn erst eine reale Beeinträchtigung eintritt und zur Auseinandersetzung herausfordert. Dies begründet aus meiner Sicht eine Warnung davor, einmal geäußerte Wünsche über einen hypothetischen gesundheitlichen Zustand, den man oft nicht einmal ansatzweise beurteilen kann, für verbindlich zu erklären. Verbindlichkeit ist dann besonders problematisch, wenn die Erklärung ohne strikte formelle Vorgaben (obligatorische Beratung; Befristung als Wirksamkeitsvorbehalt; qualifizierte Schriftform) abgegeben werden kann, also strikte Wirksamkeitshürden nicht die Ernsthaftigkeit der Folgen der Erklärung vor Augen führen.

Die Statuierung der Patientenverfügung verschafft landläufigen Werturteilen über das Leben mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen eine weit reichende rechtliche Legitimation. Auch wenn die Gesellschaft kein Recht hat, die Selbstaufgabe eines Individuums zu bestrafen, so erwächst ihr doch auch nicht die Pflicht, die lebensbeschränkende Patientenverfügung bedingungslos zum Schutzgut der Rechtsordnung zu machen. Andernfalls entsteht ein Wertungswiderspruch zum Verfassungsauftrag, behindertem Leben eine Selbstverwirklichung durch Teilhabe bestmöglich zu verschaffen. Dem Teilha-

gedanken liegt die Annahme zugrunde, dass alles menschliche Leben – auch das körperlich, geistig oder seelisch behinderte, insbesondere das schwer und mehrfach behinderte – seine eigene Würde hat. Ein durch gesetzliche Verankerung verstärktes Recht zur Selbstaufgabe führt zwangsläufig zu sozialem Druck auf andere betroffene Menschen. Es liegt nahe, zu schlussfolgern, dass ein so eröffneter Prozess zudem zu einer Abwertung von Menschen auch mit geistiger Behinderung führt, also Menschen betrifft, die sich nicht selbst ausdrücken, keine Entscheidungen fällen und nicht selbst für sich sorgen können. Bei Menschen mit einer geistigen Behinderung ist augenfällig, wie abhängig sie von Urteilen ihrer Umwelt sind. So sind sie auch besonders anfällig für Einflüsse, die aus sozialem Druck erwachsen. Aus der Kenntnis dieses Umstandes leite ich die Befürchtung ab, dass alte, kranke oder behinderte Menschen einen Druck spüren und ihm nachgeben könnten, für sich selbst eine lebensbeschränkende Patientenverfügung zu erstellen. Die autonome Entscheidung eines Menschen hat an seiner Eigenschaft, ein soziales Wesen und somit auf Beziehungen und Wertschätzung angewiesen zu sein, seine Grenzen. Dies ist bei allem Respekt vor dem privatautonomen Willen und seiner Durchsetzung zu bedenken.

Die vorgelegte Stellungnahme wird dieser Grundhaltung in meinen Augen nicht hinreichend gerecht. Das Kommissionspapier enthält in Sprache, Argumentation und Ergebnisbildung letztlich ein parteiliches Plädoyer zu Gunsten neuer rechtlicher Regelungen zur Patientenverfügung, in deren Folge das Lebensgrundrecht (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) durch die Hervorhebung eines einseitig verstandenen Selbstbestimmungsrechts in die Defensive gerät. Einwände gegen diese Lesart werden in dem Papier stellenweise zwar erwähnt, bleiben aber in Gewichtung und Auswirkung nur Randnotizen. Diese Einschätzung gilt ausdrücklich auch mit Blick auf die Ausführungen über die „Auswirkungen auf Menschen mit geistiger Behinderung“; die Gesamtaussage des Kommissionspapiers wird hierdurch nicht berührt, was im Übrigen auch für die Darlegungen zur Menschenwürde gilt.

Aus diesem Gesamtbild heraus muss ich das Papier als Ganzes ablehnen.

Minderheitenvotum

Susanne Breit-Kessler, Regionalbischöfin

Bei der Entscheidung über die Stellungnahme der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung zur Patientenverfügung habe ich mich der Stimme enthalten. Zwar wird das Anliegen der Kommission, eine sorgsam ethisch fundierte Position zur Frage der Patientenverfügung zu beziehen, sehr deutlich. Andererseits jedoch kann ich mich vor allem den mehrheitlich verabschiedeten Empfehlungen nicht anschließen. Sie könnten, dies meine Befürchtung, von der Kommission unbeabsichtigt eine gesellschaftlich weit verbreitete Einschätzung bestärken, nach der es „lebenswertes“ und „lebensunwertes“ Leben gibt.

Zu wenig wird in meinen Augen in der Stellungnahme thematisiert, dass heute Leben häufig als ureigenstes Projekt eines Menschen betrachtet wird. Das Individuum wird dafür verantwortlich gemacht, ob seine Existenz sich als kompatibel zu gesellschaftlichen Zielvorgaben und Erwartungen erweist. Der Erwartungsdruck, gelingendes Leben „vorzeigen“ zu können ist hoch; behinderte Kinder etwa werden nicht selten als selbst verschuldete „Panne“ beurteilt. Mich bewegt die Sorge, es könne sich zunehmend eine individuelle und gesellschaftliche Haltung entwickeln, anderen nicht zur Last fallen zu dürfen, das eigene Sterben auch managen und für die eigene „Entsorgung“ sorgen zu sollen.

Aus Ländern wie China wird bereits „freiwilliger“ Behandlungsabbruch von Patienten aus Kostengründen gemeldet. Solche Tendenzen überführen die berechtigte Debatte um Autonomie und Selbstbestimmung in ein Klima sozialen Drucks, sich den – kostenbedingten – Zwängen zu fügen und – endlich – zu sterben. Der Rechtfertigungsdruck, bei unheilbarem, bei schwerem organischem oder psychischem Leiden weiterleben zu wollen, kann höher werden. Es besteht die Gefahr, dass im Namen der Autonomie und der Leidensvermeidung zunehmend die Einstellung befördert wird, es sei besser, sich selbst zu töten als weiterzuleben.

Dazu tragen die demographische Entwicklung ebenso bei wie ökonomische Effizienzkriterien. Öffentlich wird inzwischen gefragt, ob es ethisch und wirtschaftlich vertretbar sei, alle medizinischen Möglichkeiten für sich auszuschöpfen. Ökonomische Zwänge bestimmen verstärkt, wenngleich oftmals nicht offen thematisiert, den Rahmen der ethischen Diskussion; der Wunsch, die Gesellschaft und sich selbst (!) nicht mit den Kosten vieler alter und kranker Menschen zu belasten, wird Handlungsfolgen zeitigen. Ökonomisierung zeigt sich auch darin, dass Menschen selbst im Gesundheitswesen zunehmend als Kunden wahrgenommen werden. Wenn Kranke und Leidende Kunden sein sollen, und

ein Markt an Serviceleistungen suggeriert wird, könnte der Mensch von seiner Biographie getrennt, zunehmend auf Rationalität und Funktionalität eingeschränkt werden („Was koste ich dem Gesundheitssystem, was nutze ich noch der Gesellschaft, anderen, meinen liebsten Menschen?“).

In der Stellungnahme ist bei aller Sorgfalt nach meiner Meinung noch zu wenig deutlich, dass Selbstbestimmung und Fürsorge in einer intensiven Wechselbeziehung zueinander stehen. Das Prinzip der Autonomie ist ethisch begründet und begrenzt; es schließt Verantwortung für sich und andere mit ein. Irrig und inhuman wäre, zu denken, jede Form von Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Angewiesensein stellen eine „Minderung“ des Menschseins dar und sollten vermieden werden. Eine sich verbreitende strukturelle Unbarmherzigkeit im Angesicht von Leiden muss konfrontiert werden mit der Einsicht, dass Unvollkommenheit zum Leben hinzu gehört und altes, krankes und behindertes Leben denselben Wert besitzt wie junges und gesundes Leben. Leben ist gerade im Angesicht seiner Einschränkung und Begrenztheit wertvoll.

In der mit großem Engagement erarbeiteten Stellungnahme wird der Gedanke, dass Sozialität eine wesentliche Dimension von Humanität – und damit auch für die Auseinandersetzung mit der Vergänglichkeit des Lebens und der Erfahrung des Sterbens – ist, zu verhalten ausgedrückt. Autonomie gegen Fürsorge auszuspielen, wie es in der öffentlichen Diskussion häufig geschieht, ist zu keinem Zeitpunkt richtig. Es braucht auch im Blick auf die „Letzten Dinge“ eine geordnete, strukturierte Kommunikation aller Beteiligten, aller derjenigen, die mit einem und für einen Menschen Verantwortung übernommen haben. Verantwortlichkeit beginnt nicht erst in dem Moment, in dem der Patient selbst nicht mehr entscheidungsfähig ist. Es muss in der Gesellschaft noch deutlicher werden, dass der ureigene Tod in der Sozialität geschieht; sie ist verantwortlich dafür, dass eigenes Leben und Sterben in Würde gelebt werden kann.

Empfehlungen zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung

I. Zur Gesundheits- und Sozialpolitik

Die Bioethik-Kommission anerkennt die seit Jahren anhaltenden Bemühungen der Bayerischen Staatsregierung²⁰ und der privaten Träger, die Voraussetzungen zu stärken, zu verbessern und in manchen Fällen allererst zu schaffen, dass schwerkranke, alte und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige dem Lebensende in der Gewissheit entgegengehen dürfen, dass ihr Sterben unter Respektierung ihrer Würde stattfinden kann.

Abgesehen vom Schutz des Lebens mittels strafrechtlicher Bestimmungen (siehe C. II.) müssen die politischen Anstrengungen der Intensivierung der medizinischen Forschung in den Bereichen Krankheit, altersbedingte Beschwerden und Bekämpfung von Schmerzen sowie dem Ausbau der Unterstützung bei der Pflege zu Hause und in Einrichtungen gelten. Ärzteschaft und Pflegepersonal sind verpflichtet mit der Notwendigkeit der Begleitung der Sterbenden und ihrer Angehörigen vertraut zu machen. Palliativmedizin und -pflege muss zu einem expliziten Pflichtlehr- und Prüfungsfach des Medizinstudiums sowie auch im Curriculum bei der Ausbildung für die Berufe in der Krankenpflege deutlich aufgewertet werden.

Ärzte und Pflegekräfte, die in der Begleitung von Sterbenden zu Hause, in der Klinik oder in Heimen tätig sind, haben einen Anspruch darauf, ihre Erlebnisse, Gefühle und persönlichen Belastungen mit anderen auszutauschen und zu bearbeiten (z. B. Balintgruppen, Supervision). In nicht wenigen Strafverfahren wegen Gewaltanwendung oder wegen Tötung schwerkranker Patienten wurde offenbar, dass die angeklagten Pflegekräfte von der Situation lang dauernder Pflege schließlich überfordert waren und sich dabei allein gelassen fühlten. Auch deshalb soll Fortbildung in ganzheitlicher Palliativmedizin und -pflege gefördert werden.

Vorrangige Bedeutung bei den Bemühungen um eine neue Kultur des Umgangs mit Sterben und Tod kommt dem Ausbau einer flächendeckenden palliativ-medizinischen Versorgung sowie dem Angebot einer ausreichenden Zahl von Hospizplätzen zu. Ausgehend vom Wunsch vieler Menschen, zu Hause zu sterben, sollen ambulante Betreuungsdienste in den Kommunen gestärkt werden, die multiprofessionell arbeiten und gegebenenfalls mit teilstationären Einrichtungen kooperieren.

Darüber darf freilich nicht aus dem Blick geraten, dass es gerade erhebliche, zum Teil beschämende, ja empörende Mängel in der ambulanten und stationären Pflege alter und schwerkranker Menschen sind, die bei Betroffenen, Angehörigen und in der öffentlichen Meinung den Eindruck erwecken, dass die

Würde der Sterbenden nicht ausreichend geachtet wird. Dieser Eindruck trägt dazu bei, dass das Altwerden vielfach mit Ängsten besetzt ist und der Forderung nach Zulassung der Tötung auf Verlangen Sympathien entgegengebracht werden. Deshalb ist es auch eine zentrale Aufgabe einer Politik, die sich der Ermöglichung des Sterbens in Würde verpflichtet weiß, die Rahmenbedingungen so zu gestalten und durch Überprüfung durchzusetzen, dass in der Pflege schwerkranker und alter Menschen zureichende Ernährung, Flüssigkeitsversorgung, Hygiene, Unterbringung, Schmerzfreiheit, das Bedürfnis nach Respektierung der Intimität, soweit die Umstände es erlauben, und nicht zuletzt auch menschliche Zuwendung gewährleistet sind. Sterben in Würde setzt ein würdiges Leben können im Alter voraus.

II. Zur strafrechtlichen Behandlung der Sterbehilfe

Tötung auf Verlangen

Am ausnahmslosen strafrechtlichen Verbot der Tötung auf Verlangen ist festzuhalten. Änderungen am Strafbestand des § 216 StGB sind nicht angezeigt. In Fällen, in denen durch die Tötung auf Verlangen ein als unerträglich empfundenenes Leiden beendet werden soll, muss die Praxis mit den Möglichkeiten des geltenden Rechts zu angemessenen Ergebnissen kommen.

Passive Sterbehilfe

Im Strafrecht ist klarzustellen, dass sog. passive Sterbehilfe, d. h. das Unterlassen, Begrenzen oder Beenden lebenserhaltender Maßnahmen bei schwer und unheilbar Kranken entsprechend dem Willen des Patienten, der auch in einer Patientenverfügung geäußert sein kann, oder entsprechend dem mutmaßlichen Willen des Patienten straffrei ist.

Dies soll nicht auf den Fall beschränkt sein, dass die Krankheit schon einen irreversibel tödlichen Verlauf genommen hat. Es ist gesetzlich zu bestimmen, dass Ärzte und Pflegepersonal, die aus Gewissensgründen an passiver Sterbehilfe nicht mitwirken wollen, hierzu nicht verpflichtet werden können.

Indirekte Sterbehilfe

Ebenso ist im Strafrecht klarzustellen, dass sog. indirekte Sterbehilfe bei tödlichen Krankheiten, d. h. Leidensmilderung nach Regeln der ärztlichen Kunst unter Inkaufnahme einer gewissen Lebensverkürzung straffrei ist. Dies soll nicht auf den Fall beschränkt sein, dass der Sterbeprozess schon eingesetzt hat.

Dokumentation

Um in den Fällen 2. und 3. Missbrauch zu verhindern, soll eine Pflicht zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs eingeführt werden.

Suizid

Es ist daran festzuhalten, dass der Suizid und deshalb auch die Teilnahme am Suizid straffrei sind. Es sollte aber erwogen werden, für die Fälle der Anstiftung zum Suizid, in denen auf Kranke aus wirtschaftlichen Gründen Druck ausgeübt oder ihnen nahe gelegt wird, hohe Behandlungskosten zu vermeiden und ihrem Leben selbst ein Ende zu setzen, einen eigenen Straftatbestand zu schaffen.

Eine strafrechtlich bewehrte Rettungspflicht sollte, auch für sog. Garanten (Ärzte, Angehörige), nicht angenommen werden, wenn zweifelsfrei feststeht, dass der Suizid auf einer frei verantwortlichen Entscheidung beruht. Für Ärzte sollte es bei dem standesrechtlichen Verbot der Assistenz beim Suizid bleiben.

Geschäftsmäßige Beihilfe zum Suizid ist strafrechtlich zu verbieten.

III. Zum gesellschaftlichen Umgang mit dem Sterben

Die Ermöglichung eines Sterbens in Würde für den Einzelnen ist weder ausschließlich noch an erster Stelle die Aufgabe staatlicher Politik. Diese kann vielmehr nur die rechtlichen, organisatorischen und ökonomischen Rahmenbedingungen gestalten und bereitstellen, unter denen das Sterben und seine Begleitung sich in den meisten Fällen abspielen werden. Sie im konkreten Fall zugunsten der jeweils Sterbenden zu nutzen, ist die Aufgabe aller Bürger, insofern sie mit der hier betroffenen Person professionell, familiär oder sonstwie in Beziehung stehen oder einfach mit ihr mitmenschlich verbunden sind.

Es ist deshalb wichtig, dass das Sterbenmüssen als eine grundlegende Realität des menschlichen Daseins nicht aus dem Bewusstsein der Öffentlichkeit verschwindet oder in den Raum der Privatheit abgedrängt wird. Das Wissen um die eigene Sterblichkeit und das Wissen um die Verletzlichkeit und Not des Sterbens der Anderen gehört zu den Grundelementen jeder Bildung, die auch im Rahmen der staatlich verantworteten Bildungsbemühungen angemessene Berücksichtigung finden müssen.

Ideelle Anerkennung und finanzielle Unterstützung durch die staatliche Politik verdienen auch die bürgerschaftlichen und religiösen Initiativen, die dem Ziel, ein Sterben in Würde zu ermöglichen, in der Form dienen, dass sie ehrenamtliche Besuchsdienste organisieren (etwa als Hospizhelfer), sich für Beratung

in Krisensituationen zur Verfügung stellen (etwa als Mitarbeiter der Telefonseelsorge) oder pflegende Familienangehörige vertreten, um ihnen eine zeitweise Erholung zu ermöglichen.

F. Anhang

Fußnoten

- 1 Die 43-jährige Patientin, die aufgrund der Nervenkrankheit Amyotropher Lateralsklerose vom Hals abwärts völlig gelähmt war, hatte zunächst vor dem obersten britischen Zivilgerichtshof und danach beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte versucht, die Zusicherung zu bekommen, dass ihr Ehemann straffrei bleibe, wenn er ihr beim Sterben auf eigenen Wunsch helfe. Die Richter lehnten dieses Begehren einstimmig ab mit der Begründung, das Grundrecht auf Leben schließe weder ein entsprechendes Recht auf Sterben ein noch ein „Recht auf Selbstbestimmung in dem Sinn, dass es jedem Individuum das Anrecht gibt, eher den Tod als das Leben zu wählen“. Einzelheiten bei Lothar Knopp, Aktive Sterbehilfe – Europäische Entwicklungen und „Selbstbestimmungsrecht“ des Patienten aus verfassungsrechtlicher Sicht, in: MedR 2003, 379–387, hier: 382.
- 2 Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des Bundesjustizministeriums („Kutzer-Kommission“) „Patientenautonomie am Lebensende. Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen“ vom 10.6.2004.
- 3 Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Stand vom 1.11.2004.
- 4 Bericht der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz „Sterbehilfe und Sterbebegleitung. Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten“ vom 23.4.2004.
- 5 Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags „Zwischenbericht Patientenverfügungen“ vom 13.9.2004.
- 6 Deutscher Bundestag, 163. Sitzung am 10.3.2005, Plenarprotokoll 15245–15265.
- 7 Nationaler Ethikrat, Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung vom 2.6.2005.
- 8 Alternativ-Entwurf Sterbebegleitung, Goldammer's Archiv für Strafrecht 2005, S. 553 ff.
- 9 Diese Definition basiert auf den Umschreibungen, die in den in Fußnoten 1–7 genannten Texten gegeben werden. Bei allen Unterschieden in den Empfehlungen, was gesetzlich geregelt werden solle, ist der Begriff der Patientenverfügung selbst in der gegenwärtigen rechtspolitischen Diskussion wie auch in der neueren wissenschaftlichen Literatur nicht kontrovers. Für die wissenschaftliche Literatur siehe jetzt unter anderen Volker Lipp, Patientenautonomie und Lebensschutz. Zur Diskussion um eine gesetzliche Regelung der „Sterbehilfe“, Göttingen 2005 (dort weitere Literatur).
- 10 Vgl. Formblatt in Anhang und unter www.justiz.bayern.de. Eine Liste der derzeit in Deutschland im Umlauf befindlichen Patientenverfügungen findet sich unter www.medizinethik-bochum.de/verfuegungen.html.

- 11 S. u. a. Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung der Bundesärztekammer von 1998, überarbeitete Fassung von 2004.
- 12 S. etwa (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte in der Fassung des 107. Deutschen Ärztetags 2004 in Bremen, Abschnitt C. Verhaltensregeln, Nr. 1 (www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung/).
- 13 S. hierzu den Hippokratischen Eid (deutsche Übersetzung beispielsweise in: J. Kollesch/ D. Nickel (Hg.), Antike Heilkunst. Ausgewählte Texte aus den medizinischen Schriften der Griechen und Römer, Stuttgart 1994, 53–55).
- 14 BÄK, Grundsätze ärztlicher Sterbebegleitung (revidierte Fassung von 2004), Abs. II.
- 15 Z. B. Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, B. I. § 1,2.
- 16 Der Vorstand der Bundesärztekammer hat am 30.4.2004 die aktuelle Fassung verabschiedet (www.bundesaerztekammer.de).
- 17 World Health Organization, National Cancer Control Programmes – Policies and Managerial Guidelines, Genf 22002, 83.
- 18 Derzeit gibt es in Bayern 18 Palliativbetten je 1 Mio. Einwohner. Die Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin des 15. Deutschen Bundestages empfiehlt in ihrem Zwischenbericht „Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit“ (BT-Drs 15/5858 vom 22.6.2005) zunächst einen Ausbau auf 35 Palliativbetten je 1 Mio. Einwohner. Bei einem sich daraus ergebenden Bedarf von ca. 435 Palliativbetten fehlen noch rd. 194 Betten. Der Krankenhausplanungsausschuss hat bereits die Anerkennung von weiteren 121 Palliativbetten beschlossen (damit fehlen künftig noch ca. 73 Betten, um den Bedarf von rd. 435 Palliativbetten zu decken).
- 19 Für stationäre Hospize hat der Fachbeirat Hospiz (die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege in Bayern, der Bayerische Hospizverband e. V. und der Verband der Bayerischen Bezirke) den Bedarf auf rd. 16 Hospizplätze je 1 Mio. Einwohner geschätzt. Derzeit gibt es in Bayern 7 stationäre Hospizplätze je 1 Mio. Einwohner. Bei einem Bedarf von ca. 205 Hospizplätzen fehlen demnach noch rd. 120 Hospizplätze. Demnächst werden zwei weitere stationäre Hospize in Naila (8 Plätze) und Bayreuth (10 Plätze) errichtet (damit werden noch rd. 100 Plätze fehlen, um den Bedarf zu decken).
- 20 S. dazu die Dokumentation des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen „Palliative Care und Hospiz“ vom 5.7.2007, in dem die bisherigen Bemühungen dokumentiert sind und der erforderliche Bedarf an Versorgungsstrukturen skizziert wird.

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich,

geboren am:

wohnhaft in:

**meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann,
bestimme ich Folgendes:**

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt: (Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. unten beigefügt)

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde.
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für direkte Gehirnschädigung z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung ebenso wie für indirekte Gehirnschädigung z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber äußerst unwahrscheinlich ist.
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.
-

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf.

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen wünsche ich:

- Die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen, die nur den Todeseintritt verzögern und dadurch mögliches Leiden unnötig verlängern würden.
- Keine Wiederbelebungsmaßnahmen

4. In den von mir unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen, insbesondere in den Situationen, in denen der Tod nicht unmittelbar bevorsteht, wünsche ich sterben zu dürfen und verlange:

- Keine künstliche Ernährung (weder über eine Magensonde durch den Mund, die Nase oder die Bauchdecke noch über die Vene)
- Verminderte Flüssigkeitsgabe nach ärztlichem Ermessen

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine aktive Sterbehilfe.

- Ich wünsche eine Begleitung

durch
.....
(für persönliche Wünsche und Anmerkungen)

durch Seelsorge

durch Hospizdienst

- Ich habe zusätzlich zur Patientenverfügung eine Vorsorgevollmacht erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der von mir bevollmächtigten Person besprochen. Ja Nein

Bevollmächtigte(r)

..... (Name)	
..... (Anschrift)	
..... (Telefon) (Telefax)

Ich habe anstelle einer Vollmacht ausschließlich eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja Nein

Sofern dieser Patientenverfügung Erläuterungen zu meinen Wertvorstellungen, u.a. meiner Bereitschaft zur Organspende („Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigelegt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Erläuterungen zum Formblatt PATIENTENVERFÜGUNG

Allgemeines:

Ärztliche Maßnahmen bedürfen stets der Einwilligung des Patienten. Das gilt auch für ärztliche Entscheidungen am Lebensende. Viele Menschen lehnen eine Lebensverlängerung „um jeden Preis“ in bestimmten Situationen für sich ab. Um sicher zu sein, dass diese Wünsche im Ernstfall beachtet werden, empfiehlt sich die Erstellung einer **PATIENTENVERFÜGUNG**. Darin wird individuell festgelegt, in welchen konkreten Krankheitssituationen keine Maßnahmen zur Lebensverlängerung gewünscht werden. Vorteilhaft ist es, die Patientenverfügung vorab mit einem Arzt zu besprechen und sie mit einer Vorsorgevollmacht zu verknüpfen. Dabei muss der Inhalt der Patientenverfügung der bevollmächtigten Person bekannt sein.

In Situationen, in denen der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist, kann nach Rechtsprechung und ärztlichem Standesrecht der Abbruch einer medizinischen Behandlung zulässig sein. Unabdingbare Voraussetzung dafür ist jedoch eine entsprechende Willensäußerung des Betroffenen im Vorfeld der Erkrankung.

Zu Nummer 1:

Punkt 3:

Gehirnschädigung: Dieser Punkt betrifft nur **Gehirnschädigungen** mit dem Verlust der Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten. Es handelt sich dabei häufig um Zustände von Dauerbewusstlosigkeit oder um wachkoma-ähnliche Krankheitsbilder, die mit einem vollständigen oder weitgehenden Ausfall der Großhirnfunktionen einhergehen. Diese Patienten sind unfähig zu bewusstem Denken, zu gezielten Bewegungen oder zu Kontaktaufnahme mit anderen Menschen, während lebenswichtige Körperfunktionen wie Atmung, Darm- oder Nieren-tätigkeit erhalten sind, wie auch möglicherweise die Fähigkeit zu Empfindungen. Wachkoma-Patienten sind bettlägerig, voll pflegebedürftig und

müssen künstlich mit Nahrung und Flüssigkeit versorgt werden. In Ausnahmefällen finden Wachkoma-Patienten noch nach Jahren intensiver Pflegebedürftigkeit und Behandlung in ein selbstbestimmtes Leben zurück. Eine sichere Voraussage, ob die betroffene Person zu diesen wenigen gehören wird oder zur Mehrzahl derer, die ihr Leben lang als Pflegefall betreut werden müssen, ist nicht möglich.

Punkt 4:

Hirnabbauprozess: Dieser Punkt betrifft Gehirnschädigungen infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses, wie sie am häufigsten bei Demenzerkrankungen (z.B. Alzheimer'sche Erkrankung) eintreten. Im Verlauf der Erkrankung werden die Patienten zunehmend unfähiger, Einsichten zu gewinnen und mit ihrer Umwelt verbal zu kommunizieren, während die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten bleibt. Im Spätstadium erkennt der Kranke selbst nahe Angehörige nicht mehr, wird zunehmend pflegebedürftig und ist schließlich auch nicht mehr in der Lage, trotz Hilfestellung Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu sich zu nehmen.

Zu Nummer 2:

Lebenszeitverkürzung: Eine fachgerechte lindernde Behandlung einschließlich der Gabe von Morphin wirkt in der Regel nicht lebensverkürzend; eher ist das Gegenteil der Fall. Nur in Extremsituationen muss gelegentlich die Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln so hoch gewählt werden, dass eine geringe Lebenszeitverkürzung die Folge sein kann (erlaubte „indirekte Sterbehilfe“).

Zu Nummer 3:

Unterlassung lebensverlängernder oder lebenserhaltender Maßnahmen: Viele medizinische Maßnahmen können sowohl Leiden vermindern als auch Leben verlängern. Das hängt von der jeweiligen Situation ab. Deshalb ist es nicht hilfreich, in einer Patientenverfügung spezielle Maßnahmen, die vielleicht einmal als

linderndes Mittel eingesetzt werden könnten, abzulehnen. **Wiederbelebungsmaßnahmen** sind allerdings in der Regel nie leidensmindernd, sondern dienen naturgemäß der Lebenserhaltung. Fragen zu weiteren Maßnahmen sollten mit einem Arzt besprochen werden.

Zu Nummer 4:

Das Stillen von Hunger- und Durstgefühl gehört zu den Basismaßnahmen jeder lindernden Therapie. Viele schwerkranke Menschen haben allerdings kein Hungergefühl; dies gilt ausnahmslos für Sterbende und mit größter Wahrscheinlichkeit für Wachkoma-Patienten. Hunger kann nur gestillt werden, wenn er vorhanden ist. Insofern kann in den unter Nummer 1 beschriebenen Zuständen die künstliche Ernährung nur selten als wirklich lindernde Behandlung betrachtet werden.

Das **Durstgefühl** ist bei Schwerkranken zwar länger als das Hungergefühl vorhanden. Aber künstliche Flüssigkeitsgabe hat nur begrenzten Einfluss darauf. Viel besser kann das Durstgefühl durch Anfeuchten der Atemluft und durch kunstgerechte Mundpflege gelindert werden. Umgekehrt kann die Zufuhr zu großer Flüssigkeitsmengen bei Sterbenden sogar schädlich sein, weil sie zu Atemnotzuständen infolge von Wasseransammlung in der Lunge führen kann.

Das Unterlassen der unter Nummer 3 und Nummer 4 genannten lebenserhaltenden Maßnahmen wird als (rechtlich zulässige) „**passive Sterbehilfe**“ bezeichnet. Aktive Sterbehilfe (Euthanasie) ist dagegen strafbar und weder ärztlich noch ethisch vertretbar.

Liegt bereits eine schwere Erkrankung vor,
bedarf es einer hieran angepassten Patientenverfügung.
Diese kann nur in engem Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt erstellt werden.

Die abgedruckten Texte sollen Sie über die Möglichkeit einer auf einen
bestimmten Krankheitsverlauf abgestimmten Patientenverfügung informieren.

Anpassung der **PATIENTENVERFÜGUNG** für den Fall schwerer Krankheit

Grundsätze

1. Der Arzt darf grundsätzlich keine Maßnahme ohne Ihre ausdrückliche Zustimmung ergreifen. Andernfalls begehrt er – auch in lebensrettender Absicht – eine Körperverletzung. Die ärztliche Aufklärung ist dabei wesentlich, damit Sie die Folgen Ihrer Entscheidung tatsächlich einschätzen können. Sie haben ein Recht auf ausführliche Aufklärung und Einsicht Ihrer Unterlagen.

2. Die Patientenverfügung sollte auf die konkrete Krankheitssituation zugeschnitten sein. Die ernsthafte Auseinandersetzung mit der Lebens- und Krankheitssituation ist ebenso wichtig wie eine möglichst konkrete Benennung von Behandlungswünschen bzw. Unterbleibenswünschen. Sie sollten als Patient über mögliche Komplikationen aufgeklärt sein und dazu spezifisch Ihren Behandlungswunsch angeben. Das kann nicht ohne den behandelnden Arzt oder sonstige kompetente Gesprächspartner, z. B. eine palliative Fachpflegekraft, geschehen. Diese Gesprächspartner sollten in der Verfügung genannt werden.

Sinnvolles Vorgehen

1. Suchen Sie je nach Ihrer eigenen Befindlichkeit das offene Gespräch mit dem behandelnden Arzt über die Krankheitssituation. Lassen Sie sich über Ihre Erkrankung genau aufklären. Nehmen Sie Einsicht in Ihre Krankenunterlagen. Ein solches Gespräch ist unverzichtbare Voraussetzung für die Erstellung einer Patientenverfügung und kann durch das Ausfüllen dieser Formulare nicht ersetzt werden!

2. Setzen Sie sich in Ruhe mit den eigenen Gefühlen und Erkenntnissen auseinander. Das Gespräch mit Vertrauenspersonen kann dabei sehr hilfreich sein.

3. Schreiben Sie die eigenen Wünsche nieder, so weit sie Ihnen klar geworden sind. Wenn Sie sich nicht klar geworden sind, müssen Entscheidungen offen bleiben. Bleiben Sie mit Ihrem Arzt im Gespräch.

4. Alle Beteiligten sollten über bereitliegende Notfallmedikamente informiert sein. Eine Liste aller Ansprechpersonen mit Telefonnummern und evtl. Zeiten der Erreichbarkeit muss für alle sichtbar und greifbar sein.

Ergänzung zur PATIENTENVERFÜGUNG IM FALL SCHWERER KRANKHEIT¹

1. Personalien

.....
(Name)

.....
(Geburtsdatum)

.....
(Anschrift)

2. Krankheitsgeschichte und Diagnose²

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Was mir jetzt wichtig ist³

Ich weiß, dass meine Erkrankung nicht mehr geheilt werden kann. Sollte ich nicht mehr in der Lage sein, Entscheidungen über meine Behandlung zu treffen, so wünsche ich ausdrücklich:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

¹ Eine Broschüre für medizinische Fachkräfte zu diesem Thema kann beim Christophorus Hospiz Verein e. V., Rotkreuzplatz 2a, 80634 München, Tel. 089 / 1307870, bezogen werden.

² Sollte vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden.

³ Grundsätzliche Überlegungen (z. B. Krankenhauseinweisung, Sterben zu Hause, persönliche Werte in der Situation u. a.).

Darüber hinaus ist mir besonders wichtig:⁴

Diagnostische Maßnahmen oder eine Einweisung in ein Krankenhaus sollen nur dann erfolgen, wenn sie einer besseren Beschwerdelinderung dienen und ambulant nicht durchgeführt werden können.

Mein Wunsch ist es, zu Hause zu bleiben. Sollte das nicht gehen, möchte ich nach Möglichkeit in die Pflegeeinrichtung/Krankenhaus, Station:

.....
(Name, Anschrift)

..... eingeliefert werden.
(Telefon)

Ich wünsche den Beistand meiner Kirche/Glaubensgemeinschaft

.....
in Person von:
(Name)

.....
(Anschrift/Telefon)

Ich wünsche die Unterstützung durch einen Hospiz- oder Palliativdienst:

.....
(Anschrift/Telefon)

4. Momentane Medikation

Die aktuelle Medikation, Indikation und Dosierung bereitliegender Notfallmedikamente sollten auf einem gesonderten Blatt beigefügt sein.

zuletzt geändert am:

.....
(Name und Adresse des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

.....
(Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

⁴ Zutreffendes habe ich angekreuzt.

5. Notfallplan⁵

Mögliche Komplikation	Vom Patienten gewünschte Behandlung

.....
 (Name und Anschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

.....
 (Telefon)

.....
 (Unterschrift des behandelnden Arztes/der Palliativfachkraft)

Ort / Datum:

.....
 (Unterschrift des Patienten)

⁵ Muss gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder einer Palliativpflegekraft ausgefüllt werden.

Aufgaben und Ziele der Bioethik-Kommission Bayern

Vor dem Hintergrund neuerer Erkenntnisse in der Bio- und Gentechnologie und deren Anwendungspotential in der modernen Medizin hat die Bayerische Staatsregierung im März 2001 beschlossen, eine unabhängige Bioethik-Kommission einzurichten. Dieser Beschluss geht auf einen Vorschlag der Behindertenbeauftragten der Bayerischen Staatsregierung, Frau Ina Stein, aus dem Jahr 2000 zurück. Im Mai 2001 wurden die Mitglieder der Bioethik-Kommission vom Ministerpräsidenten des Freistaates Bayern berufen. Die Bioethik-Kommission hat sich im Juli 2001 konstituiert und im November 2001 ihre inhaltliche Arbeit aufgenommen. Ihre Geschäftsstelle wurde im Bayerischen Gesundheitsministerium, jetzt Referat 322, angesiedelt.

Der Kommission gehören 15 renommierte Experten der Fachdisziplinen Medizin, Biologie, Theologie, Philosophie, Rechtswissenschaften und Volkswirtschaften sowie ein Vertreter eines Behindertenverbandes an. Zur Vorsitzenden wurde Frau Prof. Dr. Marion Kiechle berufen. Sie ist Professorin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und leitet die Frauenklinik und Poliklinik der TU München (Rechts der Isar). Stellvertretende Vorsitzende ist Frau Hildegund Holzheid, die zuletzt das Amt der Präsidentin des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes und des Oberlandesgerichtes München bekleidete.

Die Mitgliedschaft endet nach einer Änderung der Geschäftsordnung nunmehr für alle Mitglieder erstmals mit Ablauf der 15. Legislaturperiode. Zunächst waren die Mitglieder für 4 Jahre berufen worden. Infolge der Nachberufung einzelner Mitglieder hätte deren Mitgliedschaft jedoch zu einem späteren Zeitpunkt geendet.

Die Bioethik-Kommission berät die Bayerische Staatsregierung in ethischen Fragen der Biopolitik fachlich und unabhängig. Ein zentraler Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren und Jahrzehnten wird der Umgang mit den Biowissenschaften, insbesondere der modernen Medizin sein. Aufgrund der rasanten Entwicklung der Bio- und Gentechnologie wird die Politik verstärkt mit Problemstellungen konfrontiert, deren politische, fachliche, ethische und juristische Bewertung vertieftes Fachwissen voraussetzt. Übergeordnetes Ziel der Bioethik-Kommission ist der institutionalisierte Dialog von Gesellschaft und Fachkompetenz, um ethisch verantwortbare Entscheidungen im Umgang mit den neuen Technologien vorzubereiten.

Neben den Forschungsergebnissen und Anwendungen der Bio- und Gentechnologie in der Medizin (Embryonenforschung, therapeutisches Klonen, PID, somatische Gentherapie, Keimbandtherapie) gehören hierzu auch Fragen der modernen Fortpflanzungsmedizin (PND, Eizellenspende, Leihmutterchaft) sowie sonstige Grenzbereiche am Ende des Lebens (z. B. aktive Sterbehilfe).

Mitglieder der Bioethik-Kommission Bayern



Vorsitzende

Prof. Dr. Marion Kiechle

Universitätsprofessorin für Frauenheilkunde,
Direktorin der Frauenklinik und Poliklinik
der Technischen Universität München



Stellvertretende Vorsitzende

Hildegund Holzheid

Präsidentin des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs
und des Oberlandesgerichts München a. D.



Robert Antretter, MdB a.D.

Vorsitzender der Bundesvereinigung Lebenshilfe für
Menschen mit geistiger Behinderung e. V.



Susanne Breit-Keßler

Oberkirchenrätin, Regionalbischöfin im Kirchenkreis
München und Oberbayern

Mitglieder der Bioethik-Kommission Bayern



Prof. Dr. Konrad Hilpert

Universitätsprofessor für Moralthologie an der Ludwig-Maximilians-Universität



Prof. Dr. Nikolaus Knoepffler

Universitätsprofessor am Lehrstuhl für angewandte Ethik der Friedrich-Schiller-Universität Jena



Prof. Dr. Christian Kummer S. J.

Professor für Naturphilosophie an der Hochschule für Philosophie München; Leiter des Instituts für naturwissenschaftliche Grenzfragen



Prof. Dr. Albrecht Müller

Universitätsprofessor am Institut für Medizinische Strahlenkunde und Zellforschung der Julius-Maximilians-Universität Würzburg

Mitglieder der Bioethik-Kommission Bayern



Prof. Dr. Peter O. Oberender

Universitätsprofessor für Volkswirtschaftslehre an der Universität Bayreuth



Prof. Dr. Trutz Rendtorff

Vorsitzender des Instituts Technik-Theologie-Naturwissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität München



Prof. Dr. Sabine Stengel-Rutkowski

Professorin für Humangenetik an der Ludwig-Maximilians-Universität München



Dr. Helmut Wolf

Leiter des Bereichs Medizin und Klinische Forschung sowie Mitglied der Geschäftsleitung der Novartis Pharma GmbH Deutschland

Mitglieder der Bioethik-Kommission Bayern



Prof. Dr. Reinhard Böttcher

Präsident des OLG Bamberg a. D.



Dr. med. Maria E. Fick

Mitglied im Vorstand
der Bayerischen Landesärztekammer



Dr. med. Josef Schuster

Präsident des Landesverbands der Israelitischen Kultus-
gemeinden in Bayern

Impressum

Herausgeber Geschäftsstelle der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung
(Bioethik-Kommission Bayern)
Geschäftsführer MR Andreas Ellmaier und RDin Praxedis Henke
Rosenkavalierplatz 2, 81925 München

Internet www.bioethik-kommission.bayern.de
E-Mail andreas.ellmaier@stmugv.bayern.de
Stand Oktober 2007

Gestaltung Bayerisches Staatsministerium für
Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV)

Druck StMUGV
Titelfoto Martin Allinger

© Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung
(Bioethik-Kommission Bayern), alle Rechte vorbehalten

ISBN 978-3-00-023114-8

Gedruckt auf 100 % Recyclingpapier